

MAYFAIR INSURANCE CONGO SA

Immeuble 1113, 2ème Etage,

Bureau 2A, Boulevard du 30 juin

Kinshasa - République Démocratique du Congo

Tel : +243 820 142 209

Email : info@mayfair.cd



Déclaration de sinistre automobile

(L'ÉMISSION DE CE FORMULAIRE NE DOIT PAS ÊTRE CONSIDÉRÉE COMME UNE RECONNAISSANCE DE RESPONSABILITÉ)

Nr. de Police : _____ Date de Renouvellement : _____ / _____ / 20_____

Nr. de Sinistre : _____

IMPORTANT :

En aucun cas n'admettez votre faute, ne faites aucun paiement ni offre de paiement sans l'autorisation écrite de la Société. Répondez **ENTIÈREMENT A TOUTES LES QUESTIONS** pour éviter des retards de correspondance inutiles dans le règlement de la réclamation.

(a) Nom complet de l'assuré : _____

(b) Adresse : Rue/Route : _____

Parcelle/Immeuble : _____

Commune/Quartier : _____

Nr. de Boite Postale : _____ Nr. de téléphone : _____

(c) Profession ou Occupation : _____

(1) Le Véhicule Assuré

(a) Marque et Modèle : _____

(b) Puissance (en CV) : _____ CV

(c) Immatriculation : _____

(d) Prix payé à l'achat : _____ Devise : _____

(e) Année de fabrication : _____

(f) Date d'achat : _____ / _____ / _____

(g) Type d'achat : Véhicule neuf Véhicule d'occasion

(h) Quelle était l'utilisation du véhicule au moment de l'accident ? _____

(i) Le véhicule était-il en bon état au moment de l'accident ? OUI NON

(j) Kilométrage du véhicule au moment de l'accident/vol/incendie : _____ KMS

(k) Le véhicule était-il utilisé avec votre accord/à votre connaissance ? OUI NON

(l) Si le sinistre concerne un cyclomoteur,

- Y avait-il un passager sur le siège arrière au moment de l'accident ? OUI NON

(m) Si le sinistre concerne un camion,

- Une remorque était-elle tractée au moment de l'accident ? OUI NON

- Nature de marchandises transportées au moment de l'accident ? _____

- Poids des marchandises transportées au moment de l'accident : _____ KGS

- Nom du propriétaire des marchandises : _____

(n) Etes-vous le propriétaire du véhicule ? OUI NON

- Si NON, qui est le propriétaire et quelle est votre relation : _____

(2) Le Conducteur du véhicule au moment de l'accident (IMPORTANT : Veuillez joindre le permis de conduire du conducteur)

(a) Nom complet du conducteur : _____

(b) Adresse : _____

(c) Age : _____ ans Occupation : _____

- Relation avec l'assuré : _____

(d) Détails du permis de conduire,

- Numéro du Permis : _____

- Date délivrance : _____ / _____ / _____ Lieu : _____

- Date d'expiration : _____ / _____ / _____

- Renouvellement nr. : _____

- Valide jusqu'au : _____ / _____ / _____

- Type de permis : _____

(e) Le Conducteur est-il votre employé permanent ? OUI NON

- Si OUI, depuis le : _____ / _____ / _____

(f) Le permis a-t-il déjà été confisqué ou suspendu ? OUI NON

- Si OUI, pourquoi et quand ? _____

(g) Veuillez spécifier si,

- Le conducteur a déjà été poursuivi pour infraction de conduite : OUI NON

Si OUI, dans quelles circonstances ? _____

- Le conducteur a déjà été impliqué dans d'autres accidents : OUI NON

Si OUI, dans quelles circonstances ? _____

- Le conducteur s'est déjà vu refuser une assurance automobile : OUI NON

(h) Depuis quand le conducteur conduit-il des véhicules automobiles ? _____ ans

(i) Le conducteur possède-t-il d'autres assurances personnelles ? OUI NON

(i) Le conducteur était-il sobre au moment de l'accident ? OUI NON

(3) Le Sinistre (Accident, Vol, Incendie)

(a) Date de l'incident : _____ / _____ / 20____ (b) Heure : _____ h _____ mins

(c) Endroit de l'incident, (Rue / Route / Ville / Commune) : _____

(d) Étiez-vous dans le véhicule au moment de l'incident ? OUI NON

(e) Si NON, quand vous l'a-t-on rapporté ? _____ / _____ / 20____ Heure : _____ h _____ mins

(f) De quel côté de la route se trouvait le véhiculé ? _____ A distance de la bordure : _____ mètre

(g) Quelle était la largeur de la chaussée ? _____ mètre(s)

Quelle était la vitesse du véhicule ? (h) Avant l'accident : _____ km/h

(i) Au moment de l'accident : _____ km/h

(j) En cas de vol, veuillez spécifier,

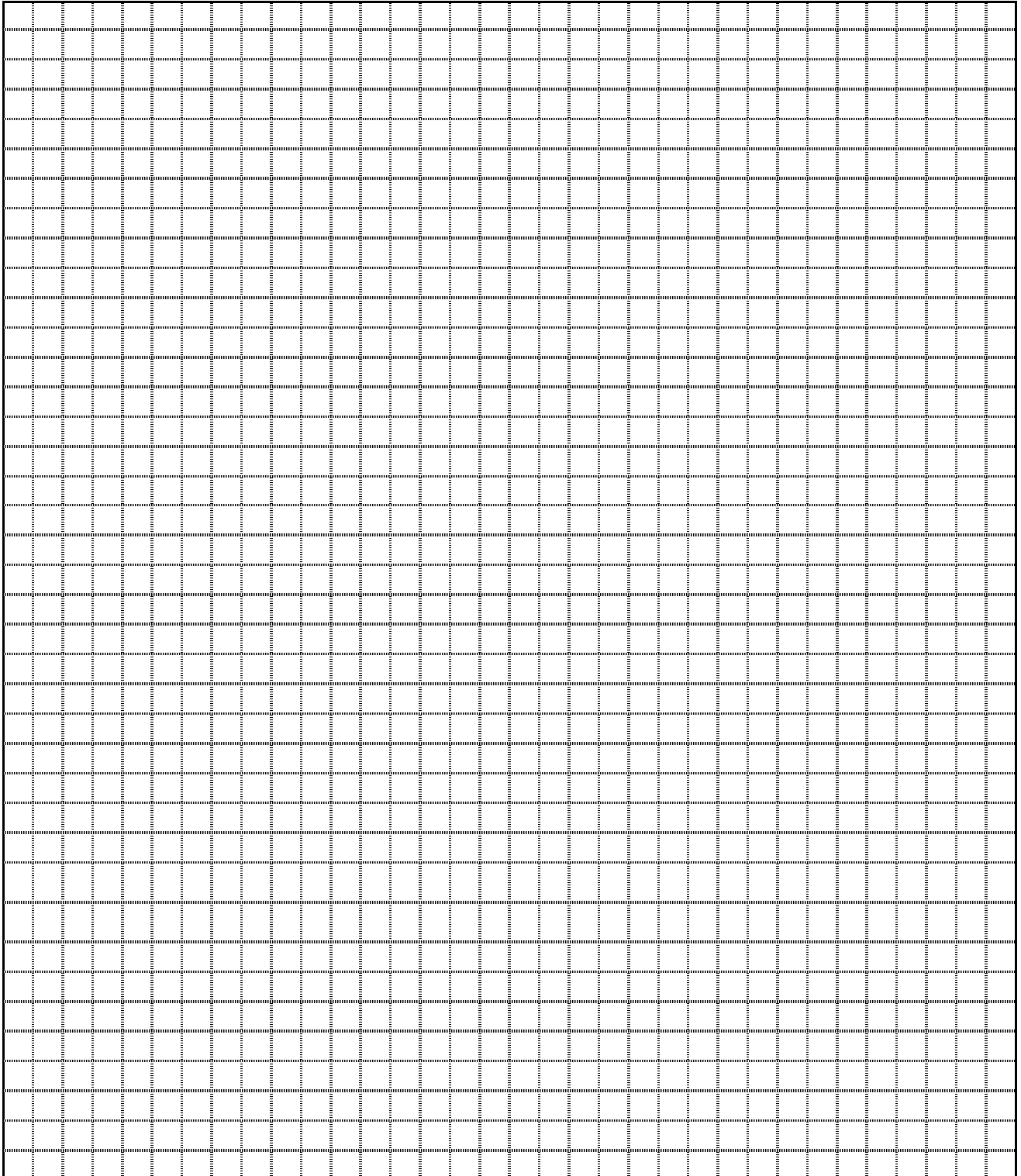
- Le véhicule était-il parfaitement verrouillé ? OUI NON

- Le véhicule était-il équipé de système(s) anti-vol ? OUI NON

- Si OUI, détaillez lesquels ? _____

(k) Veuillez décrire ci-dessous tous les détails sur la nature et la cause de l'accident/vol/incendie :

(l) Veuillez dessiner un plan de croquis approximatif de la scène de l'accident :



(4) Les Dommages

(a) Décrivez en détail l'étendue de tous les dommages au véhicule assuré directement dus à l'accident :

(b) Coût estimé des réparations : _____ Devise : _____

(c) Où le véhicule peut-il être inspecté ? _____

(d) Avez-vous donné des instructions pour les réparations à effectuer ? OUI NON

- Si OUI, à qui (nom et adresse) ? _____

(e) Leur avez-vous demandé d'envoyer immédiatement un devis à l'entreprise ? OUI NON

IMPORTANT :

Si possible, un devis des réparations doit être joint à ce formulaire et en tout état de cause il doit être envoyé à l'entreprise sans retard injustifié.

(5) Les Résultats

(a) L'accident a-t-il causé des blessures à une ou plusieurs personnes ? OUI NON

- Si oui, donnez les précisions suivantes :

Nom complet	Adresse	Occupation	Nature des blessures	Était-il/elle dans le véhicule
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(b) Si une personne blessée a été transportée vers un hôpital ou assistée par un médecin, indiquez le nom et l'adresse de l'hôpital ou du médecin : _____

(c) L'accident a-t-il causé des dommages aux biens ou au bétail ? OUI NON

- Si OUI, donnez le nom et l'adresse du propriétaire en précisant la nature et l'étendue des dommages : _____

(6) En Général

(a) Une réclamation a-t-elle été faite à votre encontre par un tiers ? OUI NON

- Si OUI, précisez les détails et joignez les informations : _____

IMPORTANT :

Tout avis, écrit ou convocation reçu(e) d'une tierse partie doit être immédiatement communiqué(e) à la société à l'adresse ci-dessus.

(b) Si l'accident implique un tiers, indiquez le nom et l'adresse : _____

i. Nom de la compagnie d'assurance : _____

ii. Immatriculation du véhicule : _____

iii. N° du certificat d'assurance : _____

iv. N° de la police d'assurance : _____

v. Nom complet du conducteur : _____

(c) Combien de personnes y avait-il dans le véhicule au moment de l'accident ? _____ personne(s)

(d) Précisez les détails suivants sur tous les témoins de l'accident :

Nom complet	Adresse complète	Était-il/elle dans le véhicule
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

(e) L'affaire a-t-elle été signalée à la police ? OUI NON

- Si OUI, indiquez le nom du poste de police, la date du signalement et le numéro de téléphone (si disponible) : _____

(f) Quelles mesures, le cas échéant, ont été ou sont prises par la police ou toute autre autorité : _____

(g) Le cas échéant, donnez les détails des autres assurances sur le véhicule : _____

(h) Avez-vous payé la prime relative à de cette police ? OUI NON

(i) Avez vous déjà déposé une réclamation en vertu de cette police et/ou de toute autre police relative aux véhicules à moteur ? OUI NON

- Si OUI, veuillez les préciser : _____

Je/Nous, les personnes nommées ci-dessus, garantissons par la présente, au meilleur de ma/notre connaissance et croyance, la véracité des déclarations qui précèdent à tous égards et je/nous convenons que si j'ai/nous avons fait, dans toute autre déclaration que la Société exigera dudit accident, ou fera toute fausse déclaration ou déclaration frauduleuse, ou toute suppression ou dissimulation, la police sera nulle et tous les droits recouverts en vertu de celle-ci à l'égard d'un accident passé ou futur seront perdus.

Date : _____ / _____ / 20 _____

Témoin

Nom Complet : _____

Adresse du témoin : _____

Signature de l'assuré : _____

Le cas échéant, le cachet officiel de l'assuré doit être utilisé
