

1^{er} TÉMOIN	2^{ème} TÉMOIN
Nom et prénom : _____	Nom et prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____

CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT (avec, s'il y a lieu, un croquis sommaire mais clair)

Le Souscripteur peut demander à la Compagnie communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la Compagnie, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels.

Je soussigné certifie que les renseignements contenus dans la présente déclaration sont exacts en tous points.

Fait à _____, le _____

Signature de l'Assuré

A remplir par l'Agent

Situation cotisations : à jour (*) Quittances retournées au Siège le (*) _____

POUR TOUT SINISTRE "INDIVIDUELLE" OU "CONDUCTEUR PLUS FAMILLE"

Prière de rappeler le montant des garanties du contrat :

Décès : _____ Incapacité Permanente : _____

Incapacité Temporaire par jour : _____ Frais médicaux : _____

POUR TOUT SINISTRE "CONDUCTEUR PLUS FAMILLE"

Si l'Assuré est également garanti en "Automobile" par un contrat souscrit à la Compagnie, prière d'indiquer le n° de ce contrat : _____

S'il est assuré "Automobile" auprès d'une autre Société, prière d'indiquer le nom de cette Société : _____

et les références du contrat de cette Société : _____

POUR TOUT SINISTRE CONCERNANT UN AGRICULTEUR

Prière d'indiquer les n° de contrats annexes :

Individuelle n° : _____ AOA n° : _____

(Il est indispensable d'adresser **deux** déclarations).

OBSERVATIONS DE L'AGENT GÉNÉRAL (En particulier, donner l'estimation du coût probable du sinistre)

Fait à _____, le _____

Signature de l'Agent Général

(*) Cocher la case correspondante