

FORMULAIRE DE DECLARATION DES SINISTRES BRANCHES INCENDIE ET RISQUES DIVERS

IMPORTANT

- Nous sommes susceptibles de demander ultérieurement des compléments d'information qui seraient nécessaires pour statuer sur votre déclaration.
- La transmission de ce formulaire ne préjuge pas de notre décision finale.
- Assurez-vous d'avoir répondu avec exactitude à toutes les questions posées afin d'accélérer le traitement de votre dossier.
- Toute omission ou toute réponse incomplète retardera l'étude de votre dossier ou pourrait altérer partiellement ou totalement les garanties offertes.
- Conservez une copie de ce formulaire et de l'ensemble des éléments que vous nous transmettez.

SOUSCRIPTEUR/PRENEUR D'ASSURANCE

Dénomination	Nom / Raison sociale :
Forme juridique (<i>cocher la case correspondante</i>)	<input type="checkbox"/> Société (préciser la forme) : <input type="checkbox"/> ASBL <input type="checkbox"/> ONG <input type="checkbox"/> Entreprise individuelle

RENSEIGNEMENT SUR LE SINISTRE

Date de survenance du Sinistre :/...../....., h	Lieu du sinistre :
Nature de l'événement (cocher la mention correspondante)	<ul style="list-style-type: none"> • Accident • Vol • Casse • Incendie d'origine interne • Catastrophes naturelles • Dommages électriques • Dégâts des eaux • Autre (préciser)
Quel est l'incident à l'origine du sinistre (prière décrire l'origine probable, les causes et circonstances éventuelles)	

Y a-t-il un tiers impliqué ?	<ul style="list-style-type: none"> ○ Oui ○ Non ○ Est-il : <ul style="list-style-type: none"> - Victime - Responsable ○ Coordonnées du tiers : ○ Y a-t-il un PV de police <ul style="list-style-type: none"> - Oui <ul style="list-style-type: none"> ✦ Préciser le numéro et le Ciat/Sous-Cait de la police concernée : N° du PV : ✦ Nom de l'agent : - Non
------------------------------	--

S'agit-il d'un sinistre	<input type="radio"/> Partiel <input type="radio"/> Total
-------------------------	--

Adresse du lieu du sinistre où se trouve le bien sinistré	
Veuillez détailler les dommages causés (<i>aux tiers, au bâtiment, au contenu, aux marchandises, aux marchandises etc.</i>)	
Mesures de sauvegarde de prises ou à prendre	
Renseignements complémentaires	
Evaluation des pertes	USD (<i>Montant HTVA</i>)

N.B : L'assuré reconnaît à l'assureur la faculté de faire recours à un expert.

L'assuré fait-il le choix d'un contre-expert ?	<input type="checkbox"/> Oui (nom et adresse) <input type="checkbox"/> Non
--	---

INFORMATIONS CONCERNANT VOS AUTRES POLICES D'ASSURANCE

(N.B : il s'agit d'autres polices couvrant le bien sinistré ou votre responsabilité)

Coordonnées de votre assureur :	Nom et adresse	Coordonnées de votre Intermédiaire (courtier ou agent général)
N° de votre police d'assurance :	Nature des garanties couvertes par cette police :	

Fait le :/...../..... à

Nom, post nom :

Qualité (si mandataire d'une personne morale) :Signature