Déclaration d'un sinistre B' Assistant

(Accidents corporels – type droit commun)

Numéro de police GD_____

Procurez cette déclaration au plus tard dans les 8 jours à votre gestionnaire du contrat (voir police).

Données générales du sinistre

Date du sinistre _____à _____h _____min.

Lieu de l'accident

□ au chemin du travail ou vers le lieu de travail / l'accomplissement de tâches pour l'ACP

□ au lieu de travail / d'accomplissement de tâches pour l'ACP

Victime

Nom _____Prénom _____

Rue _____n°____ Boîte _____

Code postal _____Commune _____

Date de naissance _____□ masculin □ féminin Profession _____

Y a-t-il une perte de salaire (dans le futur) en conséquence de l'accident ? □ oui □ non

Numéro de compte bancaire ----------

Description de la tâche que la victime était en train d'accomplir au moment de l'accident (p.ex. nettoyer, accomplir de petits travaux de réfection pour l'ACP)

_____

Description des causes et des circonstances de l'accident

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Témoins du sinistre

□ Témoins (nom, prénom, adresse, n° de téléphone ou GSM)

1. _____

2. _____

□ Police qui a constaté l'accident

Localité _____Date _____N° du procès -verbal _____

Nom du médecin traitant

_____

Déclarant du sinistre

Nom _____Sa référence _____

Qualité □ Courtier d'assurances / gestionnaire du contrat

□ Syndic

□ Preneur d'assurance

E-mail _____N° de téléphone _____

Soussigné déclare qu'il a répondu à ces questions et qu'il a procuré ces déclarations à sa meilleure connaissance, d'une manière correcte et conformément à la vérité, qu'il n'a pas caché de particularités concernant ce sinistre dans le formulaire de déclaration d'un sinistre, et qu'il procurera les données qui doivent éventuellement encore être procurées à la compagnie pour servir au constat de l'étendue des dégâts et au droit de prestation.

Lieu Date Signature

Veuillez procurer le
document rempli à votre
gestionnaire du contrat