

Déclaration d'un sinistre B' Assistant

(Accidents corporels – type droit commun)

Numéro de police 26 _____

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