

Responsabilité Civile/Protection Juridique

ASSURE

NOM			N° sinistre	
ADRESSE				
TELEPHONE	privé	professionnel	gsm	
ADRESSE e-mail	adresse		<input type="checkbox"/> Baloise peut utiliser cette adresse pour toute demande complémentaire relative à ce dossier	
BANQUE / IBAN	Banque	L	U	

CONTRAT - INTERMEDIAIRE

CONTRAT	N°	<input type="checkbox"/> SécherWUNNEN	<input type="checkbox"/> Integra	<input type="checkbox"/> Combi	<input type="checkbox"/> autre :
ADRESSE DU RISQUE					
INTERMEDIAIRE	N°	Nom			

CIRCONSTANCES DU SINISTRE

Objet de la déclaration	<input type="radio"/> RESPONSABILITE CIVILE		<input type="radio"/> PROTECTION JURIDIQUE	
Date/Heure du sinistre	Date		Heure	
A quel endroit le sinistre s'est-il produit ?	<input type="radio"/> à votre domicile <input type="radio"/> autre lieu - préciser :			
Comment le sinistre s'est-il produit ? Préciser les causes, les circonstances et les personnes impliquées				
Auteur des dommages	Nom, Prénom		Age	
	Adresse			
	Lien avec l'assuré (membre de la famille, personnel, ...)			
Faute éventuelle imputable à la partie lésée				
Témoins (nom et adresse) ?	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
Autorités présentes (police, pompiers, ...)	<input type="radio"/> Police <input type="radio"/> Pompiers <input type="radio"/> Autre - préciser :			
	Si la police a dressé un Procès-Verbal : N° de PV		Brigade	

■ Dommages matériels subis par des tiers

Description des objets (désignation, marque, type, ...)	Nature des dommages	Valeur d'achat	Année d'achat	devis	Facture	Photo
		€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		€		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Propriétaire des biens endommagés	Nom, Prénom											
	Adresse											
	Banque	L	U									
	Avez-vous un lien juridique ou familial avec le propriétaire ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - préciser :											
Est-il assujéti à la TVA ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui												
Le ou les objets endommagés vous ont-ils été confiés ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - dans quel but :											
Concernant la partie adverse	A t-elle déjà fait valoir des réclamations ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - montant : <input type="text"/>											
	Assureur de la partie adverse	<input type="text"/>						N° de police	<input type="text"/>			

■ Dommages corporels subis par des tiers

Personne ayant subi des dommages corporels	Nom, Prénom											
	Adresse											
	date de naissance	profession/employeur						Caisse de maladie				
Avez-vous un lien juridique ou familial avec le blessé ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - préciser :												
Nature des blessures												
	médecin traitant											

Remarques

Pièces jointes :											
<input type="checkbox"/> Copie du Procès-Verbal de la Police	<input type="checkbox"/> autres :						<input type="text"/>				
<input type="checkbox"/> factures											
<input type="checkbox"/> photos											
Fait à	<input type="text"/>				le	<input type="text"/>		Signature de l'assuré			
<input type="text"/>											