

# Déclaration de sinistre

## pour véhicules automoteurs



Responsabilité Civile     Casco     Protection Juridique     Assistance

### Preneur d'assurance (tel qu'inscrit sur la carte verte)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: privé: \_\_\_\_\_ bureau: \_\_\_\_\_ GSM: \_\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Baloise peut utiliser cette adresse pour toute demande complémentaire relative à ce dossier

Banque / IBAN: L U

### Contrat - Intermédiaire

Contrat n°: \_\_\_\_\_ Sinistre n°: \_\_\_\_\_

Intermédiaire n°: \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_

### Description du sinistre et des dommages

Quand le sinistre s'est-il produit ? Date du sinistre: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure du sinistre: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Où le sinistre s'est-il produit ? \_\_\_\_\_

Comment le sinistre s'est-il produit ? (En cas de vol, tentative de vol ou accident avec un gibier, veuillez annexer l'attestation de Police).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Est-ce que la police était sur place ?  oui  non Quelle brigade? \_\_\_\_\_

Un procès-verbal a-t-il été dressé ?  oui  non Quel n° de procès-verbal ? \_\_\_\_\_

Un arrangement à l'amiable a-t-il été envisagé sur place ?  oui  non Sur quelle base de responsabilité ? \_\_\_\_\_

Y avaient-il des témoins ?  oui  non

Noms et adresses des témoins ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le chauffeur a-t-il consommé de l'alcool ?  oui  non

Un éthylotest a-t-il été pratiqué ?  oui  non Résultat: \_\_\_\_\_

Le chauffeur a-t-il consommé des stupéfiants ?  oui  non

S'agit-il d'un accident de trajet ?  oui  non

Si oui indiquer le n° de dossier de l'Association d'Assurance contre les Accidents. \_\_\_\_\_



## Questions particulières: adversaire

Véhicule: marque et type: \_\_\_\_\_  
N° d'immatriculation: \_\_\_\_\_  
Vitesse en km/h: \_\_\_\_\_  
Estimation des dégâts en €: \_\_\_\_\_  
Le véhicule sera visible pour expertise: du \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ au garage \_\_\_\_\_  
à \_\_\_\_\_

## Chauffeur du véhicule adverse

Nom et prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Date de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Propriétaire du véhicule adverse

Nom et prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Profession: \_\_\_\_\_  
Compagnie d'assurance: \_\_\_\_\_  
N° de police: \_\_\_\_\_

## Blessés - merci d'indiquer s' il s'agit d'un piéton, d'un occupant ou d'un tiers

Nom et prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Profession: \_\_\_\_\_  
Nature des lésions: \_\_\_\_\_

Nom et prénom: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Profession: \_\_\_\_\_  
Nature des lésions: \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature du Preneur d'Assurance