

Industrial Insurance Group Belgium NV - SA®

## Déclaration de sinistre

Nom du conseiller d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Preneur d'assurance : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Téléphone portable : \_\_\_\_\_

Numéro de compte bancaire : \_\_\_\_\_

Existe-t-il un droit de déduction de TVA?  Oui  Non

Le sinistre a-t-il déjà été signalé ?  
Si oui, quand et à qui : \_\_\_\_\_

Êtes-vous assuré(e) contre ce sinistre  
auprès d'une autre compagnie d'assurance ?  Non  Oui, chez :

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Date du sinistre : \_\_\_\_\_

Adresse du sinistre : \_\_\_\_\_

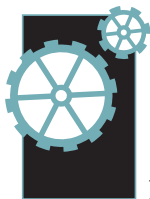
Y a-t-il des traces d'effraction ? \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà porté plainte ?  Non  Oui, veuillez joindre le procès-verbal.

Cause/description du sinistre :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Caractéristiques des objets endommagés et/ou disparus :

Marque/type/nom :	Date d'achat	Prix d'achat	Montant du sinistre
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



Industrial Insurance Group Belgium NV - SA®

Vitrage : \_\_\_\_\_ m<sup>2</sup>       Simple       Double

En quoi consiste le sinistre ? \_\_\_\_\_

La vitre sinistrée sera-t-elle remplacée  
par une vitre équivalente ?       Oui       Non, veuillez joindre la spécification

Des dispositions d'urgence ont-elles  
été mises en œuvre ?       Non       Oui, veuillez joindre la spécification

L'immeuble est-il vide ?       Non       Oui, depuis :

Le sinistre est-il réparable ?       Non       Oui, pour quel montant ? € \_\_\_\_\_

La réparation a-t-elle déjà été effectuée ?       Non       Oui, veuillez joindre les devis ou factures

Qui effectue la réparation ?

Nom : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_

Où et quand le sinistre peut-il être évalué ?  
\_\_\_\_\_

Qui a causé le sinistre ?

(nom, adresse, date de naissance et numéro de téléphone)

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

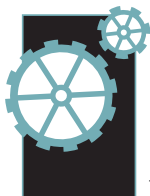
Quelle relation entretenez-vous avec cette personne ?

(famille, relation de travail, etc.) \_\_\_\_\_

Y a-t-il des complices ?       Non       Oui, veuillez joindre la spécification

Quels sont les témoins du sinistre ?

(nom, adresse, date de naissance et numéro de téléphone)



Industrial Insurance Group Belgium NV - SA®

Le sinistre peut-il être recouvré contre un tiers ?  Non  Oui, veuillez indiquer les coordonnées de la personne (nom, adresse, date de naissance et numéro de téléphone)

---

---

---

Pourquoi pensez-vous que le sinistre peut être recouvré ?

---

---

---

En cas de sinistre responsabilité civile, répondez aux questions ci-dessous.

Sinon, vous pouvez passer à la signature du formulaire.

Sinistre à des (biens de) tiers :

En quelle qualité votre responsabilité est-elle engagée ?  Particulier  Professionnel

Quel est le sinistre infligé ?  Dommage corporel  Dommage matériel

Qui est la victime ?

(nom, adresse, date de naissance et numéro de téléphone)

---

---

---

Numéro de compte bancaire : \_\_\_\_\_

Quelle relation entretenez-vous avec cette personne ou avec l'auteur des faits ?

(famille, relation de travail, etc.) \_\_\_\_\_

Veuillez décrire brièvement la nature du dommage corporel et/ou matériel :

---

---

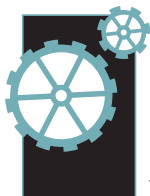
---

En cas de dommages corporels, où se trouve la victime ? (nom et adresse de l'institution)

---

---

---



Industrial Insurance Group Belgium NV - SA®

La victime est-elle assurée contre ce sinistre ?  
compagnie d'assurance ? \_\_\_\_\_

Non  Oui, auprès de quelle

Numéro de police : \_\_\_\_\_

Le sinistre y a-t-il déjà été signalé ?

Non  Oui

---

---

**Par la présente, le soussigné déclare**

- avoir répondu aux questions ci-dessus et fourni les informations de manière exacte, sincère et conformément à la vérité ;
- n'avoir omis aucun détail concernant ce sinistre ;
- fournir le présent constat d'accident et d'autres données requises éventuelles à la compagnie d'assurance afin d'évaluer l'ampleur du sinistre et l'application du droit au remboursement ;
- avoir pris connaissance du contenu du présent formulaire.

Lieu

Date

Signature du preneur d'assurance/de l'assuré(e)

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

---

---

**À compléter par la personne de référence auprès de la compagnie d'assurance :**

Le sinistre a déjà été signalé

par écrit

par téléphone

Le (date)/auprès de (nom) \_\_\_\_\_

Rempli par (nom) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_