



Votre déclaration sinistre Auto

Votre courtier : _____ Date de la déclaration* : _____ / _____ / 20
:

Référence courtier : _____ N° de contrat* : _____

Personne de contact : _____ Tél. : _____

E-mail : _____

Qui a souscrit l'assurance ? _____

Nom et prénom* : _____

N° de registre national : _____ N° d'entreprise : _____

Compte bancaire* : IBAN : _____ BIC : _____

Régime TVA pour ce véhicule* : ☐ Non assujetti ☐ Assujetti à _____ %

Etiez-vous le conducteur au moment du sinistre ?* ☐ Oui ☐ Non

Si non, quelles sont les coordonnées du conducteur ? _____ Date de naissance : _____

Nom et prénom : _____

Adresse _____ Rue : _____ N° : _____

CP : _____ Localité : _____

Que s'est-il passé ? _____

Quand le sinistre a-t-il eu lieu ?* _____

Date* : _____ / _____ / 20 _____ Heure : _____

Où le sinistre a-t-il eu lieu ?* _____

Rue : _____ N° : _____

CP : _____ Localité : _____

Quelles sont les caractéristiques de votre véhicule ?* _____

Marque : _____ N° de plaque : _____

Quelles sont les causes et les circonstances du sinistre ?* _____

Où se situent les dommages de votre véhicule ?

☐ Flanc gauche ☐ Au-dessus Avant du véhicule : ☐ droit ☐ gauche

☐ Flanc droit ☐ En-dessous Arrière du véhicule : ☐ droit ☐ gauche

Description : _____

Votre véhicule est-il immobilisé ?* ☐ Oui ☐ Non

Quel garage avez-vous choisi ?

Adresse

Rue :

N° :

CP :

Localité :

Y a-t-il un tiers ?*

Oui

Non

Si oui, quelles sont ses coordonnées ?

Nom et prénom :

Adresse

Rue :

N° :

CP :

Localité :

Compagnie d'assurance :

N° de contrat :

Existe-t-il un constat de police ?*

Oui

Non

Oui, n° de PV :

En annexe, je joins la feuille d'audition

Un test d'alcoolémie a-t-il été effectué ?*

Oui

Non

Si oui, quels sont les résultats ?

Avez-vous une annexe à ajouter ?

Oui

Non

* champs obligatoires

Le preneur d'assurance certifie que les réponses sont complètes et conformes à la réalité.

Fait à, le

Signature du Courtier

Signature de l'Assuré

Protection de la Vie privée et droits des personnes enregistrées

Les données à caractère personnel communiquées à Allianz Benelux s.a. servent exclusivement pour les finalités suivantes : évaluation des risques assurés, gestion de la relation commerciale, du contrat d'assurance et des sinistres garantis par le contrat, surveillance du portefeuille, prévention des abus et des fraudes.

A ces seules fins, elles peuvent, si nécessaire, être transmises à un réassureur, un expert ou à un conseil. Ces données sont accessibles par les services d'acceptation et de gestion sinistres ainsi que par le Service juridique et de Compliance dans le cadre d'un éventuel litige ou d'un contrôle et par le Service Audit dans le cadre strict des missions qui lui sont confiées.

L'assuré donne par la présente son consentement quant au traitement des données relatives à sa santé par le Service médical et par les destinataires précités lorsqu'il est nécessaire à la gestion du contrat ou d'un sinistre. L'assuré accepte que le preneur et l'intermédiaire puissent avoir connaissance du contenu du contrat et de ses éventuelles clauses d'exclusion.

Le défaut de communiquer les données requises peut entraîner pour Allianz Benelux s.a., selon le cas, l'impossibilité pour elle ou son refus d'engager une relation commerciale, de poursuivre une telle relation ou d'exécuter une opération que la personne concernée aurait sollicitée.

Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir communication des données que le fichier contient à son sujet en adressant une demande datée et signée au service:

Protection de la Vie Privée, Allianz Benelux s.a, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles.

Cette demande sera accompagnée d'une copie de sa carte d'identité et mentionnera le nom et l'adresse du médecin auquel notre médecin conseil pourra communiquer les éventuelles données relatives à sa santé.

Cette personne a, par ailleurs, le droit d'obtenir la rectification ou la suppression de ses données en cas d'inexactitude, ainsi que de s'opposer au traitement à des fins de marketing direct en en faisant la mention expresse à côté de sa signature sur le présent document.

Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé est repris dans le fichier du Groupement d'intérêt économique Datassur, Square de Meeûs, 35 - 1000 Bruxelles, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.



Chaussée Charlemagne 116 bte 1 • B-4890 Thimister-Clermont
Tél. : 087 44 63 50 • Fax : 087 44 52 02