

Déclaration de sinistre

Responsabilité Civile

Assuré(e)

Nom, Prénom N° sinistre :

Adresse

Tél. privé Tél. professionnel GSM

E-mail Baloise peut utiliser cette adresse pour toute demande complémentaire relative à ce dossier.

Banque/ IBAN : L U

Contrat et Intermédiaire

Contrat N° HOME Autre

Adresse du risque

Intermédiaire N° Nom

Circonstances du sinistre

Date du sinistre Heure du sinistre

À quel endroit le sinistre s'est-il produit ?

à votre domicile autre lieu - Préciser

Comment le sinistre s'est-il produit ? Préciser les causes, les circonstances et les personnes impliquées.

Auteur des dommages

Nom, Prénom âge

Adresse

Lien avec l'assuré (membre de la famille, personnel, ...)

Faute éventuelle imputable à la partie lésée

Témoins (nom, prénom et adresse) :

1.

2.

3.

4.

Autorités présentes : Police Pompiers Autre - Préciser

Si la police a dressé un Procès Verbal : N° de PV Brigade

Dommmages 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/ IBAN L U

Avez-vous un lien juridique ou familial avec le propriétaire ? Non Oui - Préciser

Est-il assujéti à la TVA ? Non Oui

Le ou les biens endommagés vous ont-ils été confiés ? Non Oui - Dans quel but

Concernant la partie adverse

A-t-elle déjà fait valoir des réclamations ? Non Oui - Montant

Assureur de la partie adverse N° de police

Dommmages 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 ? Non Oui - Préciser

Nature des blessures

Médecin traitant

Remarques éventuelles

Pièces jointes :

Dépôt du Procès-Verbal de la Police Autres

Factures Photos

Fait à , le / /

Signature de l'assuré