

Votre déclaration sinistre RC

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 : <input type="text"/>	N° d'entreprise : <input type="text"/>
Dans le cadre de votre : <input type="checkbox"/> Vie privée	<input type="checkbox"/> Vie professionnelle

Que s'est-il passé ?

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

Date : / / 20	Heure :
---------------	---------

Où le sinistre a-t-il eu lieu ?*

Adresse Rue :	N° :
CP :	Localité :

Quelles sont les causes et les circonstances du sinistre ?*

Etes-vous l'auteur de l'accident ?*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

Si non, est-ce une personne dont vous êtes responsable ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

A quel titre ?

Nom et prénom de cette personne :

Son adresse (si cette personne n'habite pas avec vous) :

Rue :	N° :
CP :	Localité :

Connaissez-vous la personne qui a subi le dommage ?*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	------------------------------

Si oui, quelles sont ses coordonnées ?

Adresse Rue :	N° :
CP :	Localité :

Compte bancaire : IBAN : BIC :

Compagnie d'assurance : N° de contrat :

S'agit-il d'un membre de votre famille ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
--	------------------------------	------------------------------

Si oui, quel est votre lien de parenté ?

Quels sont les dommages ?*

Subis par l'adversaire ou la personne lésée

Dommages corporels :

Dommages matériels :

Subis par l'assuré

Dommages corporels :

Dommages matériels :

Y-a-t-il un témoin ?*

Oui Non

Si oui, quelles sont ses coordonnées ?

Nom et prénom :

Adresse Rue :

N° :

CP :

Localité :

Existe-t-il un constat de police ?*

Oui Non

Oui, n° de PV :

En annexe, je joins la feuille d'audition

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 Belgium 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 Belgium 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 Belgium 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.

