

# Déclaration de sinistre

## Protection Juridique

### 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