



Avis de sinistre

PA/Assuré Nom Prénom Tél. No No de police

Rue

NPA Domicile

droit à la déduction de l'impôt préalable

oui non

Circonstances du sinistre

Date du sinistre: Lieu:

Qui est le propriétaire des objets endommagés / volés:

Qui est le propriétaire du bâtiment:

Causes et circonstances du sinistre:

Domages

Bâtiment (quels sont les dégâts survenus et dans quels locaux se sont-ils produits, nombre et dimensions des vitrages endommagés, sorte de verre, lavabo, cuvettes de WC, bidets)

Frais de réparation

Objets (prière de joindre les factures d'achat)

Date d'achat

Prix d'achat /
frais de réparation

En cas de vol, le cas doit être annoncé à la police.

Qui a annoncé le vol:

A quel poste de police avez-vous déclaré le vol:

Date de la déclaration:

Timbre et signature:

Remboursement

Nom / Prénom / Adresse:

Comte postal:

Banque, compte:

Confirmation

Avez-vous une autre assurance couvrant ce risque?

Oui Non

Si oui, laquelle?

No de police:

Autorisation

Le / La soussigné / ée autorise l'Assurance des métiers à prendre connaissance des documents officiels se rapportant au sinistre et cède ses droits en découlant envers un tiers responsable.

Signature

Lieu et date

Signature

du PA

visa du collaborateur



Avis de sinistre

PA/Assuré Nom Prénom Tél. No No de police

Rue

NPA Domicile

droit à la déduction de l'impôt préalable

oui non

Circonstances du sinistre

Date du sinistre:

Lieu:

Qui est le propriétaire des objets endommagés / volés:

Qui est le propriétaire du bâtiment:

Causes et circonstances du sinistre:

Domages

Bâtiment (quels sont les dégâts survenus et dans quels locaux se sont-ils produits, nombre et dimensions des vitrages endommagés, sorte de verre, lavabo, cuvettes de WC, bidets)

Frais de réparation

Objets (prière de joindre les factures d'achat)

Date d'achat

Prix d'achat /
frais de réparation

En cas de vol, le cas doit être annoncé à la police.

Qui a annoncé le vol:

A quel poste de police avez-vous déclaré le vol:

Date de la déclaration:

Timbre et signature:

Remboursement

Nom / Prénom / Adresse:

C cp:

Banque, compte:

Confirmation

Avez-vous une autre assurance couvrant ce risque?

Oui Non

Si oui, laquelle?

No de police:

Autorisation

Le / La soussigné / ée autorise l'Assurance des métiers à prendre connaissance des documents officiels se rapportant au sinistre et cède ses droits en découlant envers un tiers responsable.

Signature

Lieu et date

Signature

du PA

visa du collaborateur

Va à: **Preneur d'assurance**