

DÉCLARATION D'ACCIDENT

Certificat nr. :11578

PRENEUR D'ASSUREUR : ASLB MOTO CLUB DES FOURONS
RUE DE LA BEL 49
4880 AUBEL

Il est dans votre intérêt de compléter ce formulaire de la manière la plus précise et de nous le renvoyer. Ces informations vous sont demandées sous toutes réserves.

1. VICTIME :

Nom :

Prénom :

Adresse :

E-mail :

Téléphone :

Lieu et date de naissance :

Etat Civil :

Composition du ménage :

Profession principale :

2. MUTUELLE :

Nom :

Adresse :

Autres assurances intervenant pour indemniser la victime + coordonnées :

3. SINISTRE :

Date et heure de l'accident :

Lieu de l'accident :

Cause et circonstances de l'accident :

Identité et coordonnées du **responsable** de l'accident :

Identité et coordonnées des **témoins** éventuels :

4. LÉSIONS :

Quels sont les lésions constatées ?

La victime peut-elle actuellement exercer ses activités professionnelles ?

Si non, quelle est la durée probable estimée de son incapacité ?
(Fournir un certificat médical reprenant la nature des lésions et la durée d'incapacité de travail)

La victime peut-elle se déplacer ?

Je déclare que les réponses données ci-dessus sont exactes.

Fait à _____, le _____

Signature du preneur d'assurance

Veillez renvoyer ce formulaire dûment complété et signé à :

VANDER HAEGHEN & C° s.a.
Rue Grisar 36-38
1070 Bruxelles
Fax : 02/526.00.11
E-mail : fferrard@vdhunderwriters.be ou axelle@vdhunderwriters.be