

Identité du souscripteur de la police

NOS RÉFÉRENCES _____

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

E-MAIL _____

N° DU COMPTE BANCAIRE _____

TÉLÉPHONE PRIVÉ _____

TÉLÉPHONE BUREAU _____

Identité du conducteur du véhicule assuré

NOM _____

PRÉNOM _____

ADRESSE _____

DATE DE NAISSANCE _____

TÉLÉPHONE _____

E-MAIL _____

EST-IL CONDUCTEUR HABITUEL? OUI NON

EST-IL GARANTI PAR UNE AUTRE ASSURANCE AUTOMOBILE PERSONNELLE? OUI, COMPAGNIE NON

PERMIS DE CONDUIRE NUMÉRO _____

CATÉGORIE _____

DÉLIVRÉ LE _____

Description et usage du véhicule assuré au moment des faits

MARQUE _____

GENRE _____

ANNÉE DE CONSTRUCTION _____

CHÂSSIS _____

PLAQUE N° _____

REMORQUE? OUI, MARQUE _____ CHÂSSIS _____ PLAQUE N° _____ NON

USAGE DU VÉHICULE AU MOMENT DE L'ACCIDENT PRIVÉ CHEMIN DU TRAVAIL PROFESSIONNEL

S'IL EST AFFECTÉ AU TRANSPORT DE CHOSSES: CHARGE UTILE 1. VÉHICULE TRACTEUR _____ KG 2. REMORQUE _____ KG

S'IL EST SOUMIS AU CONTRÔLE TECHNIQUE: DATE DU DERNIER CONTRÔLE _____ COULEUR DU CERTIFICAT DÉLIVRÉ _____

Identité des adversaires

	I	II
NOM ET PRÉNOM	_____	_____
ADRESSE	_____	_____
CHAUFFEUR	_____	_____
VÉHICULE: GENRE	_____	_____
MARQUE	_____	_____
PLAQUE NUMÉRO	_____	_____
COMPAGNIE D'ASSURANCES	_____	_____
POLICE NUMÉRO	_____	_____

Renseignements relatifs à l'accident

DATE _____

JOUR _____

HEURE _____

LIEU _____

A-T-IL ÉTÉ DRESSÉ UN PROCÈS-VERBAL? OUI, N° DU P.V. _____ NON

AUTORITÉ QUI A RÉDIGÉ LE PV _____

LE CONDUCTEUR A-T-IL SUBI UN TEST D'ALCOOLÉMIÉ? OUI, RÉSULTAT _____ NON

IDENTITÉ DES TÉMOINS DE L'ACCIDENT (NOM, ADRESSE, LOCALITÉ ET TÉLÉPHONE) (SOULIGNEZ LE NOM S'IL S'AGIT D'UN OCCUPANT)

Les données communiquées peuvent être traitées par Vanbreda Risk & Benefits et Vanbreda International (ci-après Vanbreda) en vue du service à la clientèle, de l'acceptation des risques, de la gestion des contrats et des sinistres ainsi que du règlement des prestations. En vue d'offrir les services le plus appropriés, ces données pourront être communiquées aux entreprises de Vanbreda ou aux entreprises en relation avec celles-ci. Les personnes concernées donnent leur consentement pour le traitement des données relatives à leur santé lorsqu'elles sont nécessaires à l'acceptation, la gestion et l'exécution du contrat par les gestionnaires intervenant dans le cadre de ce contrat. Ce traitement est prévu par la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. Toutes les informations seront traitées avec la plus grande discrétion. Les personnes concernées peuvent connaître ces données, les faire rectifier et s'opposer gratuitement à leur traitement à des fins de direct marketing au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de la carte d'identité, adressée au service clientèle de la compagnie Vanbreda Risk & Benefits, Plantin en Moretuslei 297, 2140 Antwerpen.

Il y a lieu de cocher cette case, si les personnes concernées ne veulent pas être informées des actions de direct marketing de la compagnie. De plus amples informations peuvent être obtenus auprès du service clientèle de la compagnie Vanbreda.

Circonstances de l'accident

CROQUIS DES LIEUX (NOM DES RUES OU ROUTES ET LEUR CARACTÈRE: NATURE, LARGEUR, NOMBRE DE BANDES, SIGNAUX ROUTIERS, NUMÉROS DES IMMEUBLES, POSITION ET DIRECTION DES VÉHICULES AU MOMENT DE L'ACCIDENT)

ÉCLAIRAGE *	
JOUR	
NUIT	
BON	
INSUFF.	
NUL	

TEMPS *	
SEC	
HUMIDE	
PLUIE	
NEIGE	
BROUIL.	

SOL *	
SEC	
MOUILLÉ	
GRAS	
NEIGE	
VERGLAS	

* COCHEZ CE QUI CONVIENT.

À QUI IMPUTEZ-VOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'ACCIDENT ET POURQUOI?

ÊTES-VOUS D'ACCORD QUE LA COMPAGNIE INDEMNISE LE(S) ADVERSAIRE(S) SI ELLE LE JUGE UTILE? OUI NON

Dégâts

I. BLESSES

a) Dans la voiture assurée (NOM, ADRESSE, TÉLÉPHONE, BLESSURES. INDIQUEZ S'ILS SONT ALLIÉS OU PRÉPOSÉS DU SOUSCRIPTEUR ET/OU DU CONDUCTEUR DU VÉHICULE ASSURÉ)

b) Autres blessés (NOM, ADRESSE, BLESSURES, LIEU OÙ ILS SE TROUVAIENT AU MOMENT DE L'ACCIDENT)

II. DÉGÂTS MATÉRIELS

a) Véhicule assuré

NATURE DES DÉGÂTS

IMMOBILISÉ OUI NON

RÉPARATEUR

b) Véhicule adversaire I

Véhicule adversaire II

Autres dommages

Les assurances souscrites pour votre véhicule

	NOM DE LA CIE	N° CONTRAT
RESP. CIVILE	_____	_____
DÉGÂTS MATÉRIELS	_____	_____
DÉFENSE ET RECOURS (C.A.S.)	_____	_____

	NOM DE LA CIE	N° CONTRAT
INCENDIE / VOL /	_____	_____
BRIS DE GLACE	_____	_____
OCCUPANTS VOITURE	_____	_____

FAIT À

LE

SIGNATURE