DECLARATION D'ACCIDENT

Assurance Incendie

GENERALI

GENERALI BELGIUM SA - Avenue Louise, 149 - 1050 Bruxelles - Tél. 02/ 403 87 45 - Téléfax 02/ 403 88 99
Entreprise d'assurances agréée sous le code n° 0145 - N° entreprise 0403.262.553 - RPM Bruxelles

Intermédiaire n° : .....
Nom : .....
Téléphone : .....
Référence : .....
Assistera à l'expertise ☐ OUI ☐ NON

Déclaration d'accident "Assurance Incendie"

Contrat n°

☐ INCENDIE ET PERILS ASSIMILES ☐ DEGATS DES EAUX ☐ CHOMAGE COMMERCIAL ☐ VOL
☐ CONFLITS DU TRAVAIL ET ATTENTATS ☐ BRIS DE VITRAGES ☐ CATASTROPHES NATURELLES
☐ TEMPETE, GRELE, NEIGE/GLACE ☐ RC BATIMENT ☐ ASSAINISSEMENT DU SOL

La déclaration, dûment complétée et signée par le preneur d'assurance et/ou par l'intermédiaire doit être envoyée d'urgence à la Compagnie, et, au plus tard, dans les 8 jours du sinistre. **Ce délai est toutefois ramené à 24 h en cas de vol ou de dégâts causés aux animaux. Les biens endommagés doivent rester à la disposition du délégué de la Compagnie.**

Preneur d'assurance

Nom - Prénoms ou dénomination sociale
N° de Registre national — N° entreprise (personne morale)
Rue — N° — Bte
Code postal — Localité
Compte financier n° - - — Tél. privé — Gsm
T.V.A. n° — Tél. bureau — N° fax
E-mail
Syndic de l'immeuble : Nom — Tél. — Gsm

Renseignements généraux relatifs au sinistre

Lieu
Date - - — Jour ..... heure du sinistre h min. Avant-midi ☐ Après-midi ☐
Date et heure de la découverte du sinistre - - / h min.
Par qui

- Veuillez détailler les causes et les circonstances exactes du sinistre : .....

- En cas de vol : le vol a été commis par ☐ effraction ☐ usage de fausses clefs ☐ introduction furtive ☐ escalade ☐ violence ou menaces sur la personne de .....

Les volets étaient-ils baissés ? ☐ OUI ☐ NON
Le système d'alarme était-il branché ? ☐ OUI ☐ NON
A-t-il fonctionné ? ☐ OUI ☐ NON
Les locaux étaient-ils inoccupés au moment du sinistre ? ☐ OUI ☐ NON
Si oui, depuis quand ? .....
Si non, quelles étaient les personnes présentes ? .....
Soupçonnez-vous quelqu'un du vol ou d'être complice du vol (nom et adresse)

- Intervention et/ou constat (obligatoire en cas de vol)
  ☐ Pompiers .....
  ☐ Police ..... P.V. n°

- Témoins éventuels (nom, prénom, adresse, téléphone et lieu où ils se trouvaient au moment du sinistre)

- Le sinistre a-t-il été causé par un tiers connu ? ☐ OUI ☐ NON
  Si oui, qui ? (nom, prénom, qualité, adresse, téléphone)
  compagnie d'assurance — n° contrat

- La responsabilité de l'entrepreneur peut-elle être mise en cause ? ☐ OUI ☐ NON
  Si oui, préciser : nom et adresse de l'entrepreneur
  compagnie d'assurance — n° contrat

- Le sinistre s'est-il étendu à des biens de tiers ? ☐ OUI ☐ NON

  Si oui, coordonnées précises et nature des dommages

En cas de dégâts immobiliers

Si l'assuré est propriétaire et si les locaux sinistrés sont occupés par un locataire, indiquer :

- nom du locataire — tél. privé — bureau
- compagnie d'assurance — n° contrat

Si l'assuré est locataire, indiquer :

- nom du propriétaire — tél. privé — bureau
- adresse
- compagnie d'assurance — n° contrat

Renseignements complémentaires

Existe-t-il d'autres assurances couvrant :

Si oui, auprès de quelle compagnie ?

- n° de contrat
- date de prise d'effet
- n° de sinistre
- un expert a-t-il été désigné ?

le même risque ?	la RC de l'assuré	la P.J. de l'assuré ?
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON
- -	- -	- -
☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

Mesures de préservation

Si le sinistre a endommagé des biens assurés vulnérables qui demandent l'exécution de mesure de prévention (marchandises, p.ex.), fournir tous les renseignements sur les mesures prises : .....

Description - évaluation des dommages (L'estimation est provisoire et n'engage en aucune façon les parties)

- **BATIMENT**

  Pièce(s) ou partie(s) de bâtiment touchées

  Localisation des dommages (plafond, mur, sol, …)

Description des travaux	Superficie m²	Nombre d'heures
.....		h min.
.....		h min.
.....		h min.
.....		h min.
.....		h min.

Matériel et produits nécessaires	Quantité	Prix total (T.V.A. non récupérable incluse)
.....		,
.....		,
.....		,
.....		,
.....		,

- **MOBILIER / MATERIEL / MARCHANDISES** (à préciser pour chaque bien)

Description de l'objet	Nature dommage	Date achat	Prix achat (T.V.A. non récupérable incluse)
.....	.....	- -	,
.....	.....	- -	,
.....	.....	- -	,
.....	.....	- -	,
.....	.....	- -	,

RECOLTES

Description	Nature dommage	Superficie ou quantité	Valeur du jour
.....	.....		,
.....	.....		,

VITRAGES (si mobilier voyez rubrique mobilier)

Nature vitrage brisé (clair, argenté, bombé, collé, scellé, double, triple, isolant, gravé …)	Nature dommage (brisé, troué, fendu)	Superficie m²	Epaisseur mm	Prix de remplacement €
.....	.....	,		,
.....	.....	,		,
.....	.....	,		,

Nature vitrage au moment du sinistre (simple/double) ? .....

A quel étage se trouve le vitrage brisé ? .....

Y a-t-il d'autres dégâts aux objets assurés par le contrat ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquels ? .....

CHOMAGE COMMERCIAL

Nombre de jours d'interruption de l'activité Totale Partielle

DEGATS D'ELECTRICITE

Existe-t-il un contrat couvrant spécifiquement l'appareil ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, nom de la compagnie Numéro du contrat

1. Caractéristiques et prix de l'objet endommagé.
   A défaut de production de la facture d'achat veuillez nous préciser :

   a) nature de l'appareil
   b) marque de l'appareil
      type n° de série
   c) année de construction - - sous garantie du constructeur ☐ OUI ☐ NON
   d) valeur de l'appareil neuf ,
   e) valeur actuelle de l'appareil ,

2. Quelle est selon vous la cause des dégâts ? (surtension, induction, usure, court-circuit, foudre)

   .....

3. Quelles réparations faut-il effectuer à l'appareil ? Chaque pièce à remplacer est à indiquer.

Pièces	Prix	Total
	,	,
	,	,
	,	,
	,	,
	,	,
Frais de déplacements	,	,
Nombre d'heures de main d'oeuvre h min. à € ,		,
T.V.A. % sur ,		,
	TOTAL	,

La Loi relative au traitement de données à caractère personnel du 8 décembre 1992 est d'application sur le traitement des données collectées par la présente. Dans la mesure où un tel traitement est indispensable, le soussigné donne par la présente son consentement quant au traitement confidentiel des données médicales hors la responsabilité d'un professionnel des soins de santé. Le traitement est effectué par et sous la responsabilité de Generali Belgium SA, Avenue Louise, 149 à 1050 Bruxelles (et par Europ Assistance SA, Bld du Triomphe, 172 à 1160 Bruxelles ainsi qu'Informex SA, Rue de Genève, 4 à 1140 Bruxelles) et exclusivement pour les finalités suivantes : évaluation du risque assuré, gestion de la clientèle, émission et gestion des contrats d'assurance, gestion de sinistres, établissement de statistiques et promotion. Les données médicales et financières peuvent être transmises à la société mère et ses Trust Companies pour les finalités précitées et les données personnelles peuvent être transmises au service «fichiers» de Datassur GIE, square de Meeûs 29 à 1000 Bruxelles ou à un réassureur, un courtier, un expert ou un conseil qui agit dans les finalités précitées. Le soussigné a un droit d'accès et de correction de données (incorrectes) ainsi que le droit de s'opposer gratuitement au traitement des données à caractère personnel à des fins de marketing direct. La demande devra être adressée à la Cellule Vie Privée de Generali Belgium. Le soussigné autorise tout médecin et les autres personnes interrogées par le service médical ou par le médecin conseil de Generali Belgium à communiquer confidentiellement, toutes les informations d'ordre médical provenant des médecins consultés par le soussigné dont ils pourraient avoir besoin. En outre le soussigné donne expressément son accord pour que la cause du décès soit transmise au médecin conseil et plus spécifiquement si celui-ci résulte ou non d'une euthanasie.

Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers l'entreprise d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé peut être repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique ***Datassur****. En vertu de la loi sur la protection de la vie privée, il en sera informé et aura, le cas échéant, la possibilité de faire rectifier les informations le concernant.*

Fait à ....., le .....

Le preneur d'assurance, L'intermédiaire,