



assurances médicales depuis 1944

## AMMA ASSURANCES

# Incendie-Vol Déclaration sinistre



assurances médicales depuis 1944

entreprise d'assurance mutuelle  
agrée par l'Office de Contrôle des Assurances sous le code 0126  
(A.R. 04 et 13.07.1979 – M.B. 14.07.1979)

|              | Téléphone       | Téléfax         | E-mail               |
|--------------|-----------------|-----------------|----------------------|
| Contrats     | +32 2 209 02 13 | +32 2 218 50 32 | underwriting@amma.be |
| Sinistres    | +32 2 209 02 07 | +32 2 218 69 82 | claims@amma.be       |
| Comptabilité | +32 2 209 02 02 | +32 2 217 12 90 | finance@amma.be      |

Avenue de la Renaissance 12 bte 1  
B-1000 Bruxelles  
Belgique

e-mail : [info@amma.be](mailto:info@amma.be)  
<http://www.amma.be>  
Banque : 550-3117000-92

Europa Medica



MEMBER



MEMBER

**1. Préliminaires**

**1.1. Déclaration d'accident**

Veillez compléter intégralement la déclaration. TOUTES LES QUESTIONS DOIVENT RECEVOIR UNE REPONSE CLAIRE ET COMPLETE. Si la place manque, servez-vous d'une feuille séparée.

**1.2. Composition du dossier**

Joignez à la déclaration tous les documents déjà en votre possession : mise en demeure, citation, notification, lettre de convocation, ...

**1.3. Correspondance**

Veillez nous transmettre immédiatement et sans y répondre vous-même toute correspondance que vous receviez en relation avec cette déclaration d'accident.

**1.4. Déclarations**

Veillez nous demander notre accord préalable avant de faire des déclarations orales ou écrites dans le cadre de cette déclaration d'accident.

**1.5. Protection de la vie privée**

La Loi du 08.12.1992 nous oblige à communiquer ce qui suit aux personnes à propos desquelles des données sont rassemblées pour être traitées :

- Les données rassemblées peuvent être enregistrées dans les fichiers suivants: répertoire général, relations commerciales, gestion des contrats, gestion et liquidation des sinistres, statistiques.
- Toute personne apportant la preuve de son identité a le droit, moyennant paiement préalable de la somme fixée par l'AR du 07.09.1993, de consulter ses données, de faire corriger les données incorrectes ou de faire supprimer certaines informations. Pour exercer ce droit, la personne en question doit envoyer une demande datée et signée au service 'Fichiers' de AMMA ASSURANCES, le détenteur des fichiers.

Il est également possible de consulter le registre de l'instance officielle suivant le règlement fixé.

Il est indispensable que chaque question fasse l'objet d'une réponse objective et sincère et que cette déclaration soit transmise à AMMA ASSURANCES dans les trois jours.

## 2. Preneur d'assurance

Pour les entreprises et associations, indiquer clairement la dénomination, la nature et la personne de contact.

|                       |  |                   |  |
|-----------------------|--|-------------------|--|
| Numéro de contrat     |  |                   |  |
| Numéro de sociétaire  |  |                   |  |
| Nom, prénom           |  |                   |  |
| Langue                |  |                   |  |
| Nationalité           |  |                   |  |
| Date de naissance     |  |                   |  |
| Etat civil            |  |                   |  |
| Profession            |  |                   |  |
| Rue, numéro et boîte  |  |                   |  |
| Code postal, localité |  |                   |  |
| Téléphone privé       |  | Téléphone prof. 1 |  |
| Téléphone prof. 2     |  | GSM               |  |
| Téléfax               |  | E-mail            |  |

## 3. Assuré

A compléter seulement si différent du preneur d'assurance.

|                       |  |                   |  |
|-----------------------|--|-------------------|--|
| Nom, prénom           |  |                   |  |
| Langue                |  |                   |  |
| Nationalité           |  |                   |  |
| Date de naissance     |  |                   |  |
| Etat civil            |  |                   |  |
| Profession            |  |                   |  |
| Rue, numéro et boîte  |  |                   |  |
| Code postal, localité |  |                   |  |
| Téléphone privé       |  | Téléphone prof. 1 |  |
| Téléphone prof. 2     |  | GSM               |  |
| Téléfax               |  | E-mail            |  |

## 4. Questions générales

1. Quelle est la cause du sinistre et dans quelles circonstances le sinistre s'est-il produit ?

2. Au cas où l'origine du sinistre est inconnue, dans quelles circonstances a-t-il été constaté ?



assurances médicales depuis 1944

3. Nom, adresse, téléphone des témoins éventuels :

4. Un procès-verbal a-t-il été dressé ?  oui  non  
Par quelle autorité verbalisante ?  
Quelle suite y a-t-on réservée ?

5. Quel dommage avez-vous subi ?  
Veuillez décrire et joindre en annexe un devis de réparation.  
Veuillez décrire le dommage au bâtiment si vous êtes uniquement locataire du bien.

6. Les objets endommagés sont-ils également assurés auprès d'une autre compagnie ?  oui  non  
Si oui, auprès de quelle compagnie et sous quelle référence ?

**5. Tempête, grêle, pression de la neige et de la glace, dégâts des eaux**

1. Qui occupait le bien assuré ?  
 le propriétaire  le locataire

2. Quel est l'usage du bâtiment endommagé ?

3. Nom et adresse du propriétaire du bâtiment ?  
  
Quelle est l'assureur du propriétaire et quel est le n° de police ?

4. Nom du locataire du bâtiment ?  
  
Quelle est l'assureur du locataire et quel est le n° de police ?

5. Le locataire a-t-il souscrit une assurance pour ses biens mobiliers ?  oui  non  
Si oui, auprès de quelle compagnie et pour quel montant ?  
  
Quel est le n° de police ou quelle est la référence du dossier sinistre ?

## 6. Dégâts aux installations et aux appareils électriques

(à compléter éventuellement par le réparateur)

Type d'appareil :

Marque :

Année de construction :

Durée d'utilisation normale :

Description et prix des pièces à remplacer ou à réparer :

Nombre d'heures de main d'oeuvre :

## 7. Bris de glace

1. En quelle qualité le bien assuré est-il utilisé ?

2. Quelle vitre a été brisée et quel était le type de vitrage ?

3. Qui ou qu'est-ce qui est responsable du bris de vitrage ?

4. Le sinistre s'est-il produit pendant des travaux de transformation ?

oui

non

## 8. Vol

1. L'assuré est-il propriétaire des objets volés ?

oui

non

2. L'habitation est-elle occupée régulièrement ?

oui

non

3. Donnez une description complète des objets volés, l'identité du vendeur, la date d'achat et le prix d'achat :

## 9. R.C. Immeuble

1. Nom, adresse, téléphone du tiers :

2. Description des dommages matériels et des dommages corporels éventuels :



assurances médicales depuis 1944

10. Renseignements et remarques complémentaires

Je soussigné déclare que les réponses qui précèdent, même si elles ne sont pas écrites de ma main, sont en tous points sincères et véritables et faites conformément à mes obligations contractuelles.

Prière de faire précéder chaque signature des mots manuscrits « lu et approuvé ».

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature du preneur d'assurance.

Signature de l'assuré.

Document à retourner à l'adresse suivante :  
AMMA ASSURANCES  
Avenue de la Renaissance 12 Bte 1 à 1000 BRUXELLES



assurances médicales depuis 1944



assurances médicales depuis 1944

Association Mutuelle Médicale d'Assurances  
entreprise d'assurance mutuelle  
association d'assurance mutuelle à cotisations fixes  
conformément à l'article 2, § 2 de la Loi du 25.06.1992 (M.B. 20.08.1992)

agrée par l'Office de Contrôle des Assurances sous le code 0126  
pour les branches accidents, maladie, auto, incendie,  
autres dommages, r.c. véhicules automoteurs et r.c. générale  
(A.R. des 03 et 04.07.1979 – M.B. 14.07.1979)

fondée le 20.12.1944  
statuts publiés au Moniteur Belge les 13.01.1945, 18.05.1968, 02.08.1973, 11.09.1987

|              | Téléphone       | Téléfax         | E-mail               |
|--------------|-----------------|-----------------|----------------------|
| Contrats     | +32 2 209 02 13 | +32 2 218 50 32 | underwriting@amma.be |
| Sinistres    | +32 2 209 02 07 | +32 2 218 69 82 | claims@amma.be       |
| Comptabilité | +32 2 209 02 02 | +32 2 217 12 90 | finance@amma.be      |

Avenue de la Renaissance 12 bte 1  
B-1000 Bruxelles  
Belgique

e-mail : [info@amma.be](mailto:info@amma.be)  
<http://www.amma.be>  
Banque : 550-3117000-92

Europa Medica



MEMBER



MEMBER