ASSURANCES BILLE SPRL
depuis 1976

Déclaration de sinistre ***Responsabilité Civile (Familiale)***

Compagnie : …… Numéro de contrat : ……..……..……

Vos coordonnées

Nom & prénom : ……
Adresse : ……..…
Numéro de téléphone : …… /……... Gsm : …… /……..
E-mail : …….....……..……..
Numéro de compte bancaire : BE… ..….. ..….. ..…..

Le sinistre

Date : … /…../20.. - Heure : …H…
Adresse du sinistre :
Cause(s) et circonstances (votre version sur le déroulement du sinistre) :
……
……
……
……
……
……

Dommages découlant de ce sinistre :
……
……
……
……
……

Assurances Bille sprl
Rue du chasseur 18 à 7950 Ladeuze (Chièvres)
assurances@bille.be
Tél : 068/65.71.31
Fsma : 10902Ac
N° entreprise: 0432.441.440

Ars Bille sa
Rue de Nazareth 15-17 à 7800 Ath
assurances.ars@portima.be
Tél : 068/28.49.80
Fsma : 22857A
N° entreprise: 0427.869.671

Votre Courtier
Votre meilleure Assurance

ASSURANCES BILLE SPRL
depuis 1976

Qui est responsable de ce dommage ?

Est-ce une personne dont vous devez répondre ? ❐ oui ❐ non
Si une personne :
Nom & prénom : …….……
Date de naissance : ……/……/...…

Si un animal :
Genre/Race : ……..… Nom de l'animal : …….……

Adversaire ou personne lésée

Si une personne :
Nom & prénom : …….……
Date de naissance : ……/……/...…
Adresse : …….…….……
Numéro de téléphone : …… /…….. Gsm : …… /……
E-mail : …….....……..…….
Compagnie : …… Numéro de contrat : …….…….……

Si un animal :
Genre/Race : ……..… Nom de l'animal : …….……
Personne qui en avait la garde au moment du sinistre :
Nom & prénom …….…...…
Adresse : …….…….……
Numéro de téléphone : …… /…….. Gsm : …… /……
E-mail : …….....……..……
Compagnie : …… Numéro de contrat : …….…….……

Assurances Bille sprl
Rue du chasseur 18 à 7950 Ladeuze (Chièvres)
assurances@bille.be
Tél : 068/65.71.31
Fsma : 10902Ac
N° entreprise: 0432.441.440

Ars Bille sa
Rue de Nazareth 15-17 à 7800 Ath
assurances.ars@portima.be
Tél : 068/28.49.80
Fsma : 22857A
N° entreprise: 0427.869.671

ASSURANCES BILLE SPRL
depuis 1976

Les témoins

Y a-t-il des témoins ? ❐ oui ❐ non
Si oui :

Nom & prénom du témoin 1 : …….……
Adresse : …….…….……
Numéro de téléphone : …… /…….. Gsm : …… /……
E-mail : …….....……..…….

Nom & prénom du témoin 2 : …….……
Adresse : …….…….……
Numéro de téléphone : …… /…….. Gsm : …… /……
E-mail : …….....……..…….

Autorité verbalisante

N° de PV : …….……..
Zone de Police de :…….……
Nom de l'inspecteur : …….…...

Date de la déclaration : Le .. /…./20..

Signature(s)

Assurances Bille sprl
Rue du chasseur 18 à 7950 Ladeuze (Chièvres)
assurances@bille.be
Tél : 068/65.71.31
Fsma : 10902Ac
N° entreprise: 0432.441.440

Ars Bille sa
Rue de Nazareth 15-17 à 7800 Ath
assurances.ars@portima.be
Tél : 068/28.49.80
Fsma : 22857A
N° entreprise: 0427.869.671

Votre Courtier
Votre meilleure Assurance