



FORMULAIRE DE DECLARATION DE SINISTRE EXTRA PROTECTION

INFORMATION PREALABLE IMPORTANTE :

Lisez ce formulaire attentivement, répondez à toutes les questions de la manière la plus complète et précise possible, signez-le et retournez-le à l'adresse mentionnée ci-dessous.

Un formulaire correctement complété nous évite de devoir vous le renvoyer pour les données manquantes!

Si vous ne disposez pas de place suffisante pour répondre aux questions posées, il vous est toujours possible de joindre un complément de réponse sur papier libre.

Retournez ce formulaire dûment complété à :

BNP PARIBAS CARDIF, à l' attention du Département Sinistres, Chaussée de Mons 1424, 1070 Bruxelles

Après réception de toutes les informations nécessaires, nous vous avisons de notre décision dans les meilleurs délais.

Pour tout complément d'information, vous pouvez contacter le **Département Sinistres**.

Ce département est accessible tous les jours ouvrables de 10h à 16h au numéro de téléphone suivant : 02/528 00 03; ou par mail : claims@cardif.be

1. TYPE DE SINISTRE

- Vol du véhicule Perte totale
- Date du sinistre

2. DONNEES DE L' ASSURE(E)

Nom (en majuscules) :	<input type="text"/>	Rue :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	N° :	<input type="text"/> Boîte : <input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Localité :	<input type="text"/>
E-mail :	<input type="text"/>	Pays :	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	Date du permis de conduire :	<input type="text"/>
N ° de permis de conduire :	<input type="text"/>	N° de compte bancaire :	<input type="text"/>
Société de financement :	<input type="text"/>	N° de contrat :	<input type="text"/>

3. DONNEES DU CONDUCTEUR (au moment du sinistre)

Nom (en majuscules) :	<input type="text"/>	Rue :	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	N° :	<input type="text"/> Boîte : <input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	Code postal :	<input type="text"/>
Sexe :	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Localité :	<input type="text"/>
N° du permis de conduire :	<input type="text"/>	Pays :	<input type="text"/>
Date du permis de conduire :	<input type="text"/>		

4. INFORMATIONS CONCERNANT LE VEHICULE

Marque :	<input type="text"/>	N° d'immatriculation :	<input type="text"/>
Type :	<input type="text"/>	Date de première immatriculation:	<input type="text"/>
J'ai acheté le véhicule :	<input type="checkbox"/> neuf	<input type="checkbox"/> d'occasion	Le véhicule est-il en ordre du contrôle technique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date du dernier contrôle :	<input type="text"/>		
Le véhicule est-il couvert en Omnium?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Si oui, auprès de quelle compagnie? <input type="text"/>
N° de contrat:	<input type="text"/>		

5. INFORMATIONS CONCERNANT LES CIRCONSTANCES DU SINISTRE

Description de la nature et des circonstances du sinistre :

Un procès verbal a-t-il été dressé par la police? Oui Non

N° du procès verbal : Date de la déclaration :

6. DOCUMENTS

Documents à annexer :

- Rapport d'expertise;
- Copie de la facture d'achat du véhicule sur laquelle figurent la date et le prix d'achat TTC;
- Copie du certificat d'immatriculation du véhicule assuré;
- Copie du contrat d'assurance «auto»;
- Copie du décompte d'indemnisation de l'assureur omnium, le cas échéant;
- Copie du dépôt de plainte;
- Copie du dernier certificat de contrôle technique;
- Copie du permis de conduire de la personne qui conduisait au moment du sinistre.

7. DECLARATION

Le soussigné déclare avoir complété le présent document correctement, et avoir connaissance du fait qu'une omission ou une inexactitude quant aux informations communiquées peut exonérer l'assureur de ses obligations, conformément aux conditions générales d'application.

Le soussigné déclare que les informations communiquées sont correctes et accepte le déchéance de tous ses droits en cas de fausse déclaration.

Les données que le soussigné communique peuvent être traitées par BNP Paribas Cardif en vue de la gestion des sinistres (Loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée).

Le soussigné peut obtenir des renseignements complémentaires auprès de la Commission de la protection de la vie privée, et a le droit d'accéder aux données et de demander, le cas échéant, rectification de celles-ci auprès de BNP Paribas Cardif.

Date : Signature de l'assuré :