

## Assurance vélo

*Les formulaires mal complétés  
retardent le traitement*

N° de dossier :



Zwaluwenstraat 2 - 1000 Brussel  
Tel. +32 2 290 64 11 - Fax +32 2 290 64 19

**1.** Nom de **l'assuré** : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

Profession : .....

Adresse : .....

.....

Tél. (heures de bureau) : .....

**2. Paiement**

Les sinistrés déclarent être d'accord que  
d'éventuelles indemnités seront payées à :

.....

**IBAN:** .....

**SWIFT/BIC:** .....

Signature de l'assuré Signature de l'agent

.....

**3. Intermédiaire d'assurance :** Nom : .....

Adresse : .....

.....

N° d'agent : .....

**4. N° de police :** .....

**5. Type de vélo :**

Vélo de ville

Vélo de course

VTT/MTB

E-bike (pedelec)

**6. Incident :** Date : ..... / ..... / ..... heure : ..... h .....

Lieu : .....

.....

**a) Description claire des circonstances :** .....

.....

.....

.....

**b) Où vous trouviez-vous au moment de l'incident ?** .....

.....

.....

**c) Témoins oculaires ?**

non

oui :

Nom	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Adresse :	.....	.....
Tél. n°. (heures de bureau)	.....	.....

**d) Description des dégâts au vélo :** .....

## 7. Constatations :

Déclaration auprès de la Police:

non

oui : nom Police : .....

adresse : .....

N° P.V. : .....

date de déclaration : ..... / ..... / ..... heure : ..... h .....

---

## 8. Assurances

Avez-vous une autre assurance couvrant le même risque ? :

non

oui : compagnie d'assurance : .....

n° police : .....

---

## 9. Documents à nous transmettre

Au point :

6 : preuves d'achat originales du vélo, des accessoires et du cadenas

(p.e. factures originales, les extraits bancaires, les décomptes de cartes de credit)

6 d) : en cas de dommage : devis des dégâts et de la réparation éventuelle.

7 : copie du PV de la police



b) Nom et prénom du sinistré :

objet, marque, type, couleur	montant d'achat	date d'achat	magasin d'achat		mode de paiement
			nom	commune	
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			
		..... / ..... / .....			

Les sinistres déclarent avoir répondu aux questions ci-avant en tout honnêteté. La Cie AWP P&C S.A. – Belgian branch est automatiquement déliée de toutes ses obligations en cas d'ommission de inexactitudes intentionnelles.

Signature des assuré(e)s, précédée de 'lu et approuvé'

Date : ..... / ..... / ..... .....

Entreprise agréée sous le code 2769 – numéro d'entreprise: 0837.437.919. Le maître des fichiers est AWP P&C S.A. - Belgian branch. Ces données sont collectées afin d'assurer une gestion efficace du contrat et des dossiers sinistres. A ces fins, le patient accorde à AWP P&C S.A. - Belgian branch également l'autorisation de traiter les données médicales. Le patient a le droit d'accès et de rectification de ces données. Le patient a aussi la possibilité d'obtenir des informations complémentaires auprès du registre public de la Commission de la Protection de la Vie Privée (n° d'identification VT4003753 et VT4003754) (loi du 8.12.1992).