

1000 BRUXELLES  
Bd. E. Jacquain 53  
Tél.: 02 220.81.11  
Fax : 02 220.81.50

6000 CHARLEROI  
Bd. Tirou 185  
Tél.: 071 27.62.11  
Fax : 071 27.62.50

4020 LIEGE  
Square des Conduites-d'Eau 3  
Tél.: 04 220.55.11  
Fax : 04 220.55.50

1000 BRUXELLES  
Bd du Jardin Botanique 13 - 14  
Tél.: 02 225.71.11  
Fax : 02 225.71.50

7000 MONS  
Square F. Roosevelt 6  
Tél.: 065 41.24.11  
Fax : 065 41.24.50



**ASSURANCE INDIVIDUELLE ACCIDENTS**

**Déclaration de sinistre à la police N° 7302765!.....**  
**A EXPEDIER IMMEDIATEMENT**

Correspondre avec  
Producteur   
Assuré

Producteur/Compte N° [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
Dénomination : UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN  
SERVICE DES ASSURANCES  
Place de l'Université, 1  
1348 LOUVAIN-LA-NEUVE  
Localité: 010/47 38 68 - Fax 010/47 38 69  
Réf.: ..... Tél.: .../.....

Sinistre N°: .....

Reçu par la compagnie le: .....

Dernière prime payée : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**Pour nous permettre de défendre au mieux vos intérêts, veuillez répondre avec précision à toutes les questions.**

|                           |  |   |
|---------------------------|--|---|
| PRENEUR                   | NOM (en caractères d'imprimerie)<br>ADRESSE COMPLETE   | UNIVERSITE CATHOLIQUE DE LOUVAIN<br>SERVICE DES ASSURANCES<br>Place de l'Université, 1<br>1348 LOUVAIN-LA-NEUVE<br>☎ 010/47 38 68 - Fax 010/47 38 69<br>Rue .....<br>A ..... Tél.:.../..... |
| ASSURE(E)                 | NOM et prénoms (en caractères d'imprimerie)<br>ADRESSE COMPLETE<br><br>Lieu et date de naissance | .....<br>Rue .....<br>A ..... Tél.:.../.....  |
| ACCIDENT<br>ou<br>MALADIE | DATE DE SURVENANCE<br><br>Lieu exact   | Le ....., à ... heures avant<br>midi<br>après<br>.....<br>.....   |

**CIRCONSTANCES** : description détaillée s.v.p.  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

COMPLETEZ LE VERSO S.V.P.

|  |   |
|--|---|
| Quelle est la profession de la victime? Précisez:<br>Est-elle affiliée à une mutuelle? Si oui, nom<br>et adresse<br><br>numéro d'affiliation<br>indiquez les risques assurés | .....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>tous risques-gros risques uniquement(*)<br>(*) biffer la mention inutile |
|--|---|

|   |                             |
|---|-----------------------------|
| Au moment des faits, la victime exerçait-elle sa<br>profession?<br>Si non, quelle était son occupation? | oui - non<br>.....<br>..... |
|---|-----------------------------|

|  |   |
|--|---|
| La responsabilité peut-elle être imputée à un<br>tiers, autre que l'assuré?<br>Si oui, donnez ses nom et adresse | oui - non<br>.....<br>..... Tél.: .../..... |
|--|---|

TEMOINS : donner les noms, adresses et Nos de téléphone

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 1. .... | Tél.: .../..... |
| 2. .... | Tél.: .../..... |
| 3. .... | Tél.: .../..... |

|  |                         |
|--|-------------------------|
| Quelles sont les conséquences de l'accident ou de<br>la maladie?<br>(Genre de lésion; chômage prévu) | .....<br>.....<br>..... |
|--|-------------------------|

|   |                    |
|---|--------------------|
| Un procès-verbal a-t-il été établi?<br>Dans l'affirmative, par qui? | oui - non<br>..... |
|---|--------------------|

|  |                |
|--|----------------|
| Si la victime est mineure d'âge:<br>Nom, prénoms et adresse complète du chef de<br>famille (ou du tuteur)<br>Profession du père ou à défaut de la mère | .....<br>..... |
|--|----------------|

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Y a-t-il une assurance auprès d'une autre<br>compagnie?<br>Si oui, indiquez le genre, la compagnie et le<br>numéro de police | oui - non<br>.....<br>..... |
|--|-----------------------------|

Fait à ....., le .....

Le producteur d'assurance,

L'assuré(e),