



Assurances
Olivier Auneau

Formulaire de déclaration (version 4-07/MAi/2015)

Svp compléter chaque rubrique ci-dessous si nécessaire. C h a m p s obligatoires si astérisque*

Déclarant

*Titre: | *Prénom: | *Nom:

*Adresse Postale :

*Numéro de Téléphone (incluant l'indicatif du pays)

*Adresse mail: Numéro de police :

Assuré (A compléter si uniquement différent de ci-dessus)

Nom de l'assuré :

*Numéro de Police :

*Contact Assuré

*Titre: | *Prénom : *Nom :

*Adresse Postale :

*Numéro de téléphone (incluant l'indicatif du pays):

*Adresse email : - Numéro de référence: _____

*Date Sinistre (date de survenance ou Date des faits) (jj/mm/aaaa): |

*Description :

Information complémentaire (si nécessaire):

*Lieu du Sinistre ou Claim (svp cochez la case appropriée)

Lieu du sinistre: _____

Rue :

Ville: Dpt/Région: Code Postal :