

Déclaration de Sinistre Individuelle Accident RACB

A adresser à **MARSH SA**
Avenue Hermann-Debroux 2
B-1160 Bruxelles

T: +32 2 674.91.49 F: +32 2 674.99.30

A l'attention de Mr. Aubert Leloup: aubert.loup@marsh.com (+ copie rw.sport@racb.com)

1. Informations générales

a. Victime

Nom
 Adresse

 Tel.
 Fax
 E-Mail

Numéro du compte bancaire du bénéficiaire :

b. Police :

Veillez cocher (X) la police concernée !!!!!

Assureur	N° Police	Assuré	X
AXA	730.266.286	Pilotes et Copilotes	<input checked="" type="checkbox"/>
AXA	730.266.390	Regularity	<input type="checkbox"/>
AXA	730.267.653	Commissaires (Commissaires de Piste / Stand)	<input type="checkbox"/>
AXA	730.267.656	Officiels	<input type="checkbox"/>
AXA	730.267.658	Licences One Event & Pass Passagers	<input type="checkbox"/>
AXA	730.267.662	Bénévoles (liés à l'organisateur)	<input type="checkbox"/>
AXA	730.328.895	Demo Pass	<input type="checkbox"/>

c. Nom, adresse et téléphone de la personne à contacter (si différent de la victime)

.....
.....
.....

d. Nom et adresse du bénéficiaire de l'indemnité (si différent de la victime)

.....
.....
.....

Numéro du compte bancaire du bénéficiaire :

2. *Date et heure de l'accident et/ou de la réclamation*

.....

3. *Lieu du sinistre*

.....
.....
.....

4. *Description détaillée des circonstances du sinistre*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. *Cause du sinistre*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Si un tiers est responsable de l'accident

(nom, adresse, téléphone, compagnie d'assurance)

.....
.....
.....
.....

7. Description des lésions

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

8. Témoin(s)

Nom.....
Prénom.....
Adresse.....
Téléphone.....

Nom.....
Prénom.....
Adresse.....
Téléphone.....

Nom.....
Prénom.....
Adresse.....
Téléphone.....

9. *Autres renseignements complémentaires éventuels*

.....
.....
.....
.....
.....

Fait le/...../20....

Signature

Afin de vous garantir une gestion rapide du dossier, nous vous remercions:

- 1. de bien vouloir nous adresser la présente déclaration dûment complétée ainsi que le certificat médical;**
- 2. de mentionner le numéro du compte bancaire du bénéficiaire;**
- 3. de présenter d'abord tous les frais médicaux à la mutuelle.**