

# Formulaire de déclaration

## Omnium Missions de service

### À renvoyer à :

P&V Group, Rue Royale 151, 1210 Bruxelles,  
Tél. : 02/210.95.81 - [claims-ns@pv.be](mailto:claims-ns@pv.be)

Toutes les informations ainsi que les documents demandés sont nécessaires à un traitement rapide du dossier.

1. IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE	
NUMÉRO DE POLICE :	À REMETTRE REMPLI PAR AMI APRÈS ATTRIBUTION
EMPLOYEUR :	

2. IDENTITÉ DU MEMBRE DU PERSONNEL - COMMUNICATION AU MEMBRE DU PERSONNEL : OUI/NON		
NOM :	PRÉNOM	
RUE :	N° :	BTE :
CODE POSTAL :	COMMUNE :	
TÉL. PRIVÉ :	TÉL. PROF. :	
GSM :	MAIL :	
Assujetti TVA ? : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Assujetti à TVA 6% : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

3. CARACTÉRISTIQUES DU MOYEN DE TRANSPORT	
MARQUE :	MODÈLE :
PLAQUE MINÉRALOGIQUE :	Date de 1 <sup>re</sup> mise en service (jj/mm/aa) : / /
Coordonnées du réparateur :	
Conseil : consultez <a href="https://www.pv.be/fr/web/pv/serviceclients/trouver-un-garage">https://www.pv.be/fr/web/pv/serviceclients/trouver-un-garage</a> ou contactez-nous au 02/210.95.81 pour savoir si votre garage figure parmi nos réparateurs agréés.	

3. ACCIDENT
LIEU DE L'ACCIDENT :
DATE ET HEURE DE L'ACCIDENT (jj/mm/aa & hh/mm) : / /
Version des faits + description des dommages occasionnés à votre véhicule. (joindre dessins si nécessaire)



4. GARANTIES (auprès de la compagnie d'assurances <b>personnelle</b> )					
Garanties		Compagnie		Numéro de police	Franchise
Responsabilité civile	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Dégâts matériels Omnium complète ou partielle	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Bris de vitres	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Vol	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Protection juridique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Avez-vous signalé le sinistre à votre compagnie ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON					

5. PARTIE ADVERSE	
NOM :	PRÉNOM :
NOM DE L'ASSUREUR RC (assurances familiales ou auto de l'éventuelle partie adverse) :	
NUMÉRO DE POLICE :	
Si le constat européen d'accident a été complété, veuillez en joindre une copie.	

6. CONSTATATIONS DE LA POLICE	
Identité de l'autorité verbalisante :	
Numéro du PV (obligatoire si vol ou tentative de vol du véhicule) :	
Un test d'alcoolémie a-t-il été pratiqué ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Résultat de l'alcootest :	<input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NÉGATIF

7. TÉMOINS	
NOM ET PRÉNOM :	
ADRESSE :	

DATE :

SIGNATURE DU **PRÉJUDICIÉ** :

CONFIRMATION DE LA MISSION DE SERVICE
Par la présente, le supérieur hiérarchique déclare qu'au moment de l'accident, le membre du personnel susmentionné (point 2) utilisait le véhicule pour le compte du preneur d'assurance.

FAIT LE :

À :

SIGNATURE DU **PRENEUR D'ASSURANCE** :

