

# DECLARATION DE SINISTRE

**A adresser dans les 48 HEURES à :**  
**CABINET TOLEDE ASSURANCE : 89 BIS RUE FONT DE CHERVES - BP 94 - 17206 ROYAN CEDEX**  
TEL : 05 46 38 95 02 - Fax : 05 46 38 76 23  
[5170501@agents.allianz.fr](mailto:5170501@agents.allianz.fr)

Raison Sociale \_\_\_\_\_  
Nom et prénom \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_  
N° de téléphone \_\_\_\_\_ Portable \_\_\_\_\_  
N° de contrat \_\_\_\_\_ Adresse Email \_\_\_\_\_  
**DATE DU SINISTRE** \_\_\_\_\_ **LIEU DU SINISTRE :** \_\_\_\_\_

**NATURE DU SINISTRE :** et pièces à joindre pour ouverture du dossier.

- Choc véhicule** : constat auto + devis
- Incendie** : devis + état des pertes\*
- Tempête - Grêle - Neige** : devis + état des pertes\* + attestation météo ou article journaux locaux
- Dégâts des eaux** : devis + état des pertes\* + constat dégâts des eaux
- Gel à l' intérieur**: devis + attestation de mise hors gel
- Vol** : déclaration spécifique VOL\* + dépôt de plainte + état des pertes\* + facture d'achat + devis de réparation
- Vandalisme** : dépôt de plainte + devis réparation.
- Bris de Glace, miroir ou enseigne** : devis
- Dommages Electriques** : facture d'achat + devis + fiche spécifique \* S5 complété par réparateur
- Biens en réfrigérateur/congélateur** : facture d'achat + état des pertes\* + photo denrées
- Bris de matériel électrique/électroniques** : devis + facture d'achat
- Responsabilité civile** : déclaration RC + coordonnées du tiers
- Autre** : \_\_\_\_\_

**\* : Ces documents supplémentaires à compléter peuvent vous être adressés par e-mail, fax ou courrier dans les plus bref délais. Pour les obtenir, contactez nous au 05 46 38 95 02.**

**CIRCONSTANCES :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONSEQUENCES :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**EVALUATION DES DOMMAGES :**

\_\_\_\_\_ €  ttc  hors taxe / TVA récupérable  oui  non

**TIERS IDENTIFIE**

AUCUN  INCONNU  IDENTIFIE

NOM : \_\_\_\_\_  
NOM DE LA COMPAGNIE D' ASSURANCE : \_\_\_\_\_  
ADRESSE DE LA COMPAGNIE D' ASSURANCE : \_\_\_\_\_  
N° DE CONTRAT: \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature**