

 02 250 81 01 claims-ns@pv.be**Données du conseiller**

N° de producteur N° FSMA

Prénom Nom

Tél./GSM E-mail @

Données du preneur d'assurance

Prénom Nom

Rue N°/Boîte

Code postal Ville

E-mail

Tél./GSM

N° de compte IBAN BIC

Déclaration de sinistre

N° de police

Date du sinistre / /

Description des circonstances du sinistre
.....
.....**Adresse du risque** (à compléter si différente de l'adresse principale du preneur d'assurance)

Rue N°/Boîte

Code postal Ville

Données de contact

Tél./GSM personne de contact

Disponibilité

 matin (à partir de 8h30) après-midi (jusque 18h30)