



Société d'Assurance Mutuelle à cotisations variables
6 bd de l'Europe – B.P. 3169 68063 MULHOUSE CEDEX
Tél. : 03 89 35 49 49 - Fax Sinistres : 03 89 35 49 60
Entreprise régie par le Code des Assurances
Fondatrice du Groupe des Assurances Mutuelles de l'Est (GAMEST)

DECLARATION DE SINISTRE BRIS DE GLACE

L'ASSURE

NOM, Prénom :
Adresse :
Code Postal : Ville : Tél. : Port :
Immatriculation du véhicule :
N° du contrat : Adresse mail :

Coordonnées bancaires (joindre RIB)

Date et heure du sinistre :
Un responsable est-il identifié ? : OUI NON (rayer la mention inutile)
Si oui, nous indiquer les coordonnées complète de la personne responsable :
.....
Avez-vous connaissance de son assureur ? : OUI NON (rayer la mention inutile)
Si oui, nous indiquer le nom de la compagnie ainsi que son numéro de contrat :

CAUSES ET CIRCONSTANCES DETAILLEES DU SINISTRE

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

DESCRIPTION DES DOMMAGES (joindre la facture)

DOMMAGES	DESCRIPTION de l'étendue des dommages	ACQUISITION		Estimation de votre dommage
		Date	Prix	
.....
.....
			Total

A remplir obligatoirement par le Sociétaire

DECLARATION CERTIFIEE SINCERE ET EXACTE

Date

SIGNATURE DU SOCIETAIRE