

## Déclaration de Sinistre

### NOM DE L'ASSURÉ

Nom	Prénom
-----	--------

N° client Orange (champ obligatoire)	Date de naissance
--------------------------------------	-------------------

Localité	Code postal
----------	-------------

Rue et numéro
---------------

### Type d'assurance

- PARTICULIER     Individuelle     Famille  
PROFESSIONNEL     Groupe     Entreprise

Nom et Prénom
---------------

Rue et numéro
---------------

Localité	Code postal
----------	-------------

Privé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Téléphone	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GSM
-------	---	-----------	--	-----

Professionnel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Téléphone	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	GSM
---------------	---	-----------	--	-----

Adresse e-mail
----------------

### OBJET ENDOMMAGÉ

Désignation exacte de l'objet endommagé (Marque / Type / N° de série / IMEI)	Valeur à neuf	Âge
--	---------------	-----

L'appareil bénéficie-t-il encore de la garantie ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Est-ce-que l'appareil est économiquement réparable ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Si non, joindre le devis de réparation.		

## DESCRIPTION DU SINISTRE

Date du sinistre	Heure du sinistre
------------------	-------------------

Quel est le déroulement exact de l'accident ?

Tiers responsable ?  oui  non

Si oui, coordonnées complètes du tiers responsable

Nom, Prénom et Date de naissance

Rue et numéro

Localité	Code postal
----------	-------------

Coordonnées complètes de la compagnie d'assurances donnant couverture en "Responsabilité Civile" du tiers responsable

Nom et adresse

Numéro du contrat d'assurance

Y a-t-il eu un/des témoin(s) oculaire(s) de l'accident ?  oui  non

Si oui, coordonnées complètes du/des témoin(s) oculaire(s)

Nom, Prénom et Date de naissance

Rue et numéro

Localité	Code postal
----------	-------------



Avez-vous souscrit une couverture similaire pour ce type de dégâts auprès d'une autre compagnie d'assurances ?  oui  non

Si oui, coordonnées complètes de cette compagnie d'assurances

Nom et adresse

Numéro du contrat d'assurance

Procès-verbal (en cas de vol)  oui  non

Numéro du procès-verbal

Etabli par

Est-ce-que des communications frauduleuses ont été passées avec l'appareil en cas de vol?  oui  non

## A JOINDRE IMMÉDIATEMENT A CETTE DÉCLARATION LES PIÈCES JUSTIFICATIVES SUIVANTS

### Dans tous les cas:

- la présente déclaration de sinistre **Orange**
- la facture d'achat originale au nom de l'assuré

### En cas de dommage accidentel ou d'oxydation accidentelle:

- la facture de réparation si l'appareil est économiquement réparable la facture d'achat originale, au nom de l'assuré, du nouvel appareil
- devis de réparation au cas où l'appareil est irréparable

### En cas de vol:

- dépôt de plainte auprès de l'autorité compétente mentionnant les références de l'appareil volé (type, marque, modèle, N° IMEI)

### En cas de communication frauduleuses:

- la lettre de confirmation de mise hors ligne par l'opérateur
- la facture détaillée attestant du montant des communications frauduleuses

Dans les cas de dommage accidentel, **La Luxembourgeoise** se réserve la possibilité de demander la restitution de l'appareil accidenté lorsqu'elle le jugera utile pour l'application de la demande d'indemnisation.

Je certifie par ma signature que les déclarations ont été faites de bonne foi. Je suis pleinement conscient(e) que je dois remettre immédiatement à la compagnie toute pièce relative au sinistre déclaré, conformément aux conditions générales de mon contrat d'assurance.

Lieu et date

Signature de l'assuré