

Déclaration de Sinistre

INCENDIE

ASSURANCE HABITATION

Emplacement réservé à l'agence qui réceptionne la déclaration (cachet + date de réception) :

NOM :

PRENOM :

ADRESSE :

N° Rue : Code Postal : Ville :

/...../...../...../..... email@.....

DATE du SINISTRE :/...../..... **N° du CONTRAT d'ASSURANCE :**

LIEU (adresse, code postal, ville) :

Les CIRCONSTANCES EXACTES :

Fait à le/...../.....

Signature :

Pièces à fournir (*liste non exhaustive*) :

- Déclaration circonstanciée de sinistre Incendie
- Copie de votre contrat d'assurance

La déclaration est à retourner dans les cinq jours après la survenance du sinistre à l'adresse suivante :

VITAL ASSUR – Service Sinistres – 44 Cours Léopold – 54000 NANCY

Pour contacter le Service Sinistres :

 03.83.54.86.87

 03.83.51.28.23

 sinistresvitalassur@mgel.fr