



**BUREAU D'EXPERTISES DAVE G. S.A**  
**DAVEX S.A**



**EXPERTISES ET ENQUÊTES**

MEMBRE U.P.E.X.  
LID

Aut. Min. 14.006.11

Square Hougomont 59 /2  
1420 Braine-L'Alleud  
TVA : 0434.037.881  
RC : 59.653

Tél : 02/384.17.72 Fax : 02/384.93.56  
E-mail : [secretariat@davex.be](mailto:secretariat@davex.be)

## **Demande de mission Bureau d'Expertise Davex S.A.**

**Date du sinistre :**

**Assuré : Nom :**

Adresse :

Localité :

Email :

Tél :

Fax :

Assujetti TVA :  Oui  Non

Pourcentage déductible :

N° TVA :

**Courtier : Nom :**

Tél :

Fax :

Email :

**Véhicule : Marque :**

Type :

Châssis :

1<sup>ère</sup> Mise en circulation :

2<sup>ème</sup> Mise en circulation :

Plaque :

Kilométrage :



**BUREAU D'EXPERTISES DAVE G. S.A**  
**DAVEX S.A**



**EXPERTISES ET ENQUÊTES**

MEMBRE U.P.E.X.  
LID

Aut. Min. 14.006.11

Square Hougomont 59 /2  
1420 Braine-L'Alleud  
TVA : 0434.037.881  
RC : 59.653

Tél : 02/384.17.72 Fax : 02/384.93.56  
E-mail : [secretariat@davex.be](mailto:secretariat@davex.be)

**Endroit où se trouve le véhicule :** Nom :

Adresse :

Localité :

Tél :

Fax :

**Assurance RC :**

Compagnie :

Référence sinistre :

Référence police :

Tél :

**Expert déjà intervenu :**

Oui

Non

Nom :

Référence :

Mandat :

**Objet de la mission :**