



**Schafer Assurances SA**  
 Impasse de la Forêt 13  
 Case postale 1424  
 1701 Fribourg

Tel.: +41 26 488 34 34  
 Fax.: +41 26 488 34 35  
 e-mail: office@schafer.ch

## Avis de sinistre - véhicules automobiles

Responsabilité civile

Casco complète

Casco partielle

Accidents / Occupants

### Preneur d'assurance

Nom, prénom

Rue

N° téléphone privée

NPA / Lieu

N° téléphone professionnelle

Compagnie

N° police

Assurance de protection juridique?

oui non

Le cas a-t-il été annoncé?

oui non

Compagnie (Protection juridique)

N° compte CCP

N°

Etes-vous astreint à la TVA?

oui non

N° de compte bancaire

N°

Si oui, pouvez-vous déduire l'impôt préalable?

non non

Nom et lieu de la filiale

Si oui, numéro de TVA

### Véhicule utilisé

Véhicule utilisé au moment de l'accident (selon les indications du permis de circulation)

Matricule n°	Châssis n°	Plaques n°	Marque et type	1. mise en circulation
Nombre de passagers lors de l'accident (conducteur inclus)		Transport payant?		Le véhicule était-il loué?
		oui non		oui non

### Conducteur

Conducteur du véhicule susmentionné

Nom, Prénom

Date de naissance

Téléphone P

Téléphone E

Adresse

Profession

Permis de conduire valable?

oui non

Catégorie

Depuis (jour, mois, année)

Le détenteur l'avait-il autorisé à conduire?

oui non

élève conducteur: nom la personne accompagnante

Permis valable depuis

Catégorie

### Événement

Date

Heure

matin  
après-midi

Conditions atmosphériques / Etat de la route

Lieu et rue

à l'extérieur

à l'intérieur

Témoins (nom, adresse, téléphone)

A votre avis, qui a commis une faute et laquelle?

Rapport de police	Par quel poste a-t-il été établi?	Qui a été dénoncé?
ja nein		

### Description

Description de l'accident y compris croquis (même s'il y a un rapport de police)

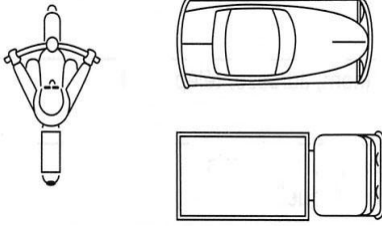
Signes à utiliser:	Mon véhicule 	Autres véhicules etc.	Motocyclette 	Cycle 	Piéton 1 x 2 x etc.	Témoins 
--------------------	------------------	--------------------------	------------------	-----------	------------------------	-------------

**Personne blessée**

Nom, prénom	dans mon véhicule		Cycliste	Lien de parenté-avec le détenteur?	oui
	dans un autre véhicule		Piéton		non
Adresse	Profession / Employeur			Assurance à la CNA, LAA ou à l'AMF?	oui
					non
Date de naissance	Etat civil	Téléphone P	Nature des lésions	Autre assurance accident?	oui
		Téléphone E			non
Incapacité de travail?	Médecin / Hôpital (nom, adresse, téléphone)			auprès de quelle société?	
oui non					
Centure de sécurité portée? oui non					

**Dommage au véhicule de la partie adverse**

(s'il y en a plusieurs, utilisez une feuille supplémentaire)

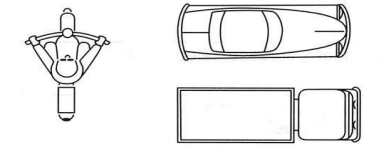
Détenteur (nom, adresse)		Téléphone P
		Téléphone E
Conducteur (nom, adresse)		Téléphone P
		Téléphone E
Marque et type, numéro de la plaque d'immatriculation		Veuillez indiquer par une → le point de choc et marquer les parties endommagées!  
Assuré en responsabilité civile? Où?	Casco comp. oui non	
	Casco part. oui non	
	Compagnie	
Qui effectue la réparation?	Téléphone E	
A partir de quand?	Montant de la réparation env. CHF.	

**Autres objets endommagés**

(signal, bicyclette, animal, haie, champ, bagages, vêtements etc.; d'autres indications sur une feuille supplémentaire)

Désignation de l'objet, nature du dommage		Montant du dommage env. CHF	
Lésé, propriétaire (nom, adresse)		Téléphone P	
		Téléphone E	
Le lésé était-il occupant du véhicule assuré?	oui non	Lien de parenté avec le détenteur?	oui non
		Degré de parenté	L'objet était-il transporté gratuitement?
			oui non

**Dommage au propre véhicule**

Nature du dommage, désignation des objets volés		Veuillez indiquer par une → le point de choc et marquer les parties endommagées!  
Qui effectue la réparation? (entreprise, adresse)	Téléphone E	
A partir de quand?	Montant de la réparation env. CHF.	
Qui a causé le dommage?		
En cas de collision, l'assureur responsabilité civile adverse?		

Le/la soussigné(e) autorise la société à se procurer auprès d'autres assureurs ou auprès de tiers des renseignements relatifs au cas de sinistre et à prendre connaissance des dossiers officiels et des actes judiciaires qui se rapportent à ce dernier.

Le/la soussigné(e) autorise en outre les médecins et les tiers interrogés par la société à fournir à la société ou à son service médical les renseignements souhaités en relation avec le cas de sinistre.

Le/la soussigné(e) approuve le fait que la société puisse transmettre des données découlant de ce cas de sinistre, dans la mesure nécessaire, à d'autres assureurs, à savoir à des coassureurs et à des réassureurs en Suisse et à l'étranger.

Lieu et Date

Signature du preneur d'assurance

**Nous vous prions de suivre les instructions suivantes:**

1. Les sinistres doivent être déclarés immédiatement à la Compagnie même dans le cas où aucun droit à indemnité n'est revendiqué ou si le preneur d'assurance / l'assuré ne se sent pas responsable.
2. Les décès doivent être immédiatement déclarés par télégramme ou par téléphone.
3. Sans accord préalable de la Compagnie, il ne peut y avoir reconnaissance d'une prétention en faveur du lésé.