

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?

Le cas a-t-il été annoncé?

Compagnie (Protection juridique)

oui

non

oui

non

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?

oui

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?

Catégorie

Depuis (jour, mois, année)

Le détenteur l'avait-il autorisé à conduire?

oui

non

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

ja

nein

Par quel poste a-t-il été établi?

Qui a été dénoncé?

Description

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

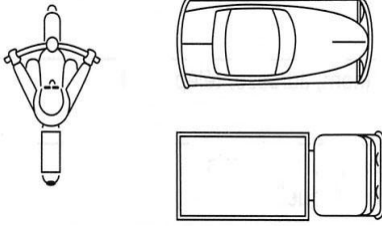
Signes à utiliser:	Mon véhicule 	Autres véhicules   etc.	Motocyclette 	Cycle 	Piéton 1 x  2 x  etc.	Témoins 
--------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------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

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)

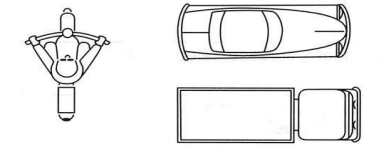
Détenteur (nom, adresse)		Téléphone P
		Téléphone E
Conducteur (nom, adresse)		Téléphone P
		Téléphone E
Marque et type, numéro de la plaque d'immatriculation		Veuillez indiquer par une → le point de choc et marquer les parties endommagées! 
Assuré en responsabilité civile? Où?	Casco comp. oui non	
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