Déclaration de sinistre: assurance véhicules à moteur

|  |  |
| --- | --- |
| Compagnie d’assurance |  |
| N° de police |  |
| N° de sinistre |  |
| Assuré |
| Nom, prénom / employeur |       |
| Personne de contact |       |
| Adresse |       |
| N° de téléphone |       | E-mail |       |
| Compte bancaire ou CCP / N° IBAN |       |
| Êtes vous autorisé à déduire l’impôt préalable? | [ ]  Qui | [ ]  Non |
| Désignation de votre véhicule impliqué dans l’accident |
| Plaque de contrôle |       | Type de véhicule |       |
| Marque et modèle |       |
| Numéro matricule |       | 1re mise en circulation |       |
| Conducteur de votre véhicule assuré |
| Nom, prénom |       |
| Adresse |       |
| Date de naissance |       | Date de l’examen |       |
| N° de téléphone |       | E-mail |       |
| Le conducteur a-t-il un lien de parenté avec vous? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Le conducteur effectuait-il le trajet avec votre consentement? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Le véhicule était-il loué? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Sinistre |
| Date du sinistre / heure |       |
| Lieu de l’accident: localité / rue |       |
| Déroulement de l’accident (joindre un croquis si nécessaire) |
| Description précise du déroulement(bref récit) |       |
| Rapport de police | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Si oui, par quel poste de police? |       |
| But du trajet (professionnel, privé, trajet domicile-lieu de travail) |       |
| Le conducteur de votre véhicule a-t-il commis une faute? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Une autre personne a-t-elle commis une faute? | [ ]  Oui | [ ]  Non |

|  |
| --- |
| Passagers et témoins |
| Qui était à bord de votre véhicule (nom, prénom, adresse)? |       |
| Ces personnes ont-elles un lien de parenté avec vous? | [ ]  Oui | Degré de parenté |       | [ ]  Non |
| Etaient-elles transportées contre rémunération? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| En cas d’endommagement ou de destruction de votre véhicule |
| En quoi consiste l’endommagement ou quels objets ont été volés? |       |
| Montant du sinistre estimé |       |
| En cas de bris de glace: la réparation doit-elle être effectuée par Carglass?\* | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Atelier de réparation (adresse / n° de téléphone) |       |
| A partir de quand le véhicule peut-il être examiné? |       |
| En cas d’endommagement ou de destruction de véhicules et de biens de tiers |
| Nom, prénom du détenteur / propriétaire |       |
| Adresse |       |
| Date de naissance |       |
| N° de téléphone |       | E-mail |       |
| Nom et adresse du conducteur |       |
| Véhicule / objet endommagé |
| Plaque de contrôle |       | Type de véhicule |       |
| Marque et modèle |       |
| Numéro matricule |       | 1re mise en circulation |       |
| Compagnie d’assurance |       |
| En quoi consiste l’endommagement ou quels objets ont été volés? |       |
| Montant du sinistre estimé |       |
| Qui effectuera la réparation (adresse / n° de téléphone, adresse e-mail)? |       |
| A partir de quand le véhicule peut-il être examiné? |       |
| En cas de blessure ou de décès |
| Nom, prénom de la personne blessée |       |
| Adresse |       |
| Date de naissance |       |
| En quoi consiste la blessure? |       |
| Nom et adresse du médecin traitant ou de l’hôpital |       |

\* Notre collaboration avec Carglass vous garantit une réalisation efficace de la réparation, éventuellement à votre domicile.

|  |
| --- |
| Remarques |
|       |
| La victime de l’accident autorise les compagnies d’assurance à consulter les documents officiels, juridiques ou de toute autre nature et libère les médecins traitants du secret médical. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lieu, date |       | Signature du preneur d’assurance |       |

Veuillez renvoyer le formulaire par e-mail à info@qualibroker.ch ou par la poste.

Vous trouverez l’adresse dans le coin inférieur gauche de la première page. Merci d’avance.