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.com](mailto:info@qualibroker.com) ou par la poste.

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