

Preneur d'assurance

Responsabilité Civile Casco collision Casco partielle

Compagnie : Police no :

Nom / Prénom :

No tél. (prof) : privé :

Fax : Email :

N° compte bancaire : Banque, Lieu :

TVA no :

Véhicule

Marque, type : Matricule : Plaques no :

Conducteur du véhicule assuré lors de l'accident

Nom, prénom : Profession : Date de naissance :

Adresse : Tél. prof. :

NPA, localité : Tél. privé :

Titulaire depuis le du permis de conduire catégorie

Permis d'élève conducteur : oui non

Si oui, nom et prénom de l'accompagnant : permis depuis le :

Événement / Accident

Date : Heure (0-24) :

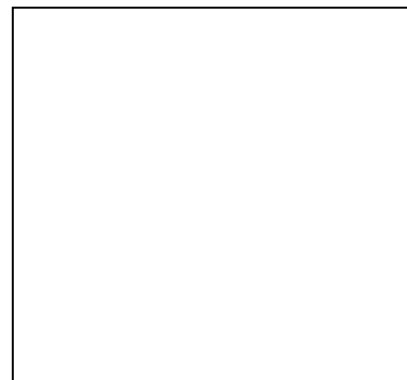
Rue : NPA / Lieu :

Croquis :

Constat officiel (autorité) : oui non

Constat à l'amiable : oui non

Description de l'événement :
.....
.....
.....
.....



Avis de sinistre
Véhicule à moteur



Votre appréciation

Le conducteur de votre véhicule est-il entièrement partiellement pas responsable ?

Pour quelle(s) raison (s) :

.....

.....

.....

.....

Dégât matériels causés à autrui

Véhicules ou autres No plaques	Propriétaire Nom, adresse, no tél.	Dégât (env. Fr.)	Autres assurances (RC/Casco/ Choses)

Lésions corporelles ou personnes décédées (occupant de votre véhicule, cochez la case)

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nom, prénom			
Date de naissance			
Etat civil			
Profession			
Adresse			
NPA, Localité			
Lésions			
Médecin/hôpital			
Employeur			
Assurance accidents			

Dommages à votre véhicule

Leasing : oui non

Genre de dommages : Estimation en Fr. :

Atelier chargé de la réparation : dès le :

Véhicule acheté le Au prix de Fr. km parcourus :

Effets endommagés/volés oui non (joindre liste détaillé avec date et prix d'achat)

Assurance ménage avec vol simple oui non Auprès de :

Remarques / Témoins (Nom, adresse, no tél.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Lieu et date :
.....

Signature :
.....