



**Personne à l'origine du sinistre :**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Profession :

Adresse :

**Circonstances :**

Existe-t-il d'autres assurances couvrants ce sinistre (par ex: assurance bagages, objets de valeur, skis casco, etc...)?

Oui

Non

Assureur

N° de Police

**Blessé(e) :**

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tel. :

Date de naissance :

Nature des blessures/des douleurs :

Médecin/hôpital ayant dispensé les premiers soins :

Assurance –accident :

Caisse maladie :

**Objet(s) endommagé(s) ou volé(s) :**

Liste des objets :

Objet/Nature du dommage :  
Prix et date d'acquisition :  
Lieu où l'objet peut-être vu :

**Propriétaire :**

Qui est le propriétaire des objets endommagés ?  
Preneur d'assurance :  
Une autre personne :  
Nom et prénom :  
Adresse :  
Tèl. :  
Tèl. Prof :

**Remarque :**

Lieu et date:

Signature de la personne assurée / Timbre du preneur d'assurance:

***Merci de bien vouloir envoyer / faxer cette déclaration de sinistre dûment complétée à:***



**CA3P**  
Rue du Gothard 5  
CH – 1225 Chêne-Bourg  
Tél: +41(0)22 348 33 00  
Fax: +41(0)22 348 33 62  
Mail : conseils@ca3p.ch