CA3P
Conseil en Assurances
Prévoyance Placement Patrimoine

Déclaration de Sinistre - Véhicule à moteur

Données relatives à l'assurance :

Assureur :
N° de police :
N° de sinistre :

Preneur d'assurance :

Nom
Prénom :
Rue / No :
NPA / Lieu :
N° de tél :
N° de tél. Prof. :

Versement des indemnités :

L'indemnité est à verser sur :
CCP Compte bancaire
Numéro de compte :
Titulaire du compte :
Nom de la banque :
Filiale :

Caractéristiques de votre véhicule (à relever du permis de circulation) :

Genre du véhicule (voiture, camion, etc.) :
Marque et Type :
N° plaques de contrôle :
N° de matricule :
Total des kms parcourus :
1ère mise en circulation :

Conducteur du véhicule assuré :

Nom, prénom :
Adresse :
Date de naissance :
Date d'établissement du permis de conduire :
Pays ayant délivré le permis :

Déroulement du sinistre :

Date de l'accident :
Jours/mois/année Heure/minute

Où l'accident est-il survenu?
(Lieu, endroit)

Circonstances :

Existe-t-il un rapport de police? oui non
Si oui, par quel poste a-t-il été établi?
Existe-t-il un constat amiable? oui non
Veuillez décrire les faits:

Responsabilité :

Vous considérez-vous: fautif partiellement fautif non fautif
Pour quelles raisons?

Personne à l'origine du sinistre :

Nom:
Prénom:
Date de naissance:
Profession:
Adresse:

Dommage au véhicule d'un tiers - Propriétaire/détenteur (lésé 1) :

Nom:
Prénom:
Adresse:
Tel.:

Conducteur :

Qui conduisait le véhicule au moment de l'accident? :
Propriétaire une autre personne

Nom:
Prénom:
Adresse:
Tel.:

Véhicule endommagé :

Qui conduisait le véhicule au moment de l'accident? :
Propriétaire une autre personne

Plaque de contrôle :
Marque/Type :
No de châssis /No de série :
Quelle compagnie assure le véhicule en responsabilité civile?
Quelles sont les parties endommagées?
Montant approximatif du dommage :
Où le véhicule peut-il être vu?
A partir de quand?
Tél.:

Dommage de choses de tiers :
Quels objets ont été endommagés dans l'accident?

Propriétaire

Nom :
Prénom :
Adresse :
Tel. :

Dommage au véhicule d'un tiers - Propriétaire/détenteur (lésé 2) :

Nom:
Prénom:
Adresse:
Tel.:

Conducteur :

Qui conduisait le véhicule au moment de l'accident? :
Propriétaire une autre personne

Nom:
Prénom:
Adresse:
Tel.:

Véhicule endommagé :

Qui conduisait le véhicule au moment de l'accident? :
Propriétaire une autre personne

Plaque de contrôle :
Marque/Type :
No de châssis /No de série :
Quelle compagnie assure le véhicule en responsabilité civile?
Quelles sont les parties endommagées?
Montant approximatif du dommage :
Où le véhicule peut-il être vu?
A partir de quand?
Tél.:

Dommage de choses de tiers :
Quels objets ont été endommagés dans l'accident?

Propriétaire

Nom :
Prénom :
Adresse :
Tel. :

Blessé 1 :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Tel. :
Date de naissance :
Nature des blessures/des douleurs :
Médecin/hôpital ayant dispensé les premiers soins :

Blessé 2 :

Nom :
Prénom :
Adresse :
Tel. :
Date de naissance :
Nature des blessures/des douleurs :
Médecin/hôpital ayant dispensé les premiers soins :

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