

Déclaration de sinistre pour l'assurance casco des déplacements professionnels

Numéro de police

Contact: UC Suisses, Matthias Heck
matthias.heck@cevi.ch
 +41 44 213 20 47

1. Véhicule assuré

Type de véhicule _____ Marque et type _____
 Plaque de contrôle _____ 1. mise en circulation _____
 Total des km parcourus _____ Châssis ou numéro matricule _____

2. Détenteur du véhicule (selon permis de circulation)

Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse: _____
 Date de naissance : _____ État d'origine: _____

3. Conducteur du véhicule assuré

1) Nom: _____ Prénom: _____
 Date de naissance : _____ Profession: _____
 Adresse: _____
 La personne possède-t-elle un Permis de conduire ? Oui non
 Permis d'apprentissage ? Oui non
 Si oui, depuis quand ? _____

Accompagnateur (uniquement pour le permis d'élève conducteur)

2) Nom: _____ Prénom: _____
 Date de naissance : _____ Date du permis de conduire : _____
 Le conducteur du véhicule a-t-il un lien de parenté avec le détenteur du véhicule ? Oui non
 Si oui, comment ? _____
 Le conducteur du véhicule est-il à son service ? Oui non
 Le conducteur a-t-il conduit le véhicule avec votre autorisation ? Oui non
 Le véhicule lui avait-il été loué ? Oui non

4. Sinistre

Date: _____ heure: _____ Lieu et rue: _____
 hors agglomération sec Pluie Brouillard
 en ville Neige Glace foncé
 Un constat officiel des faits a-t-il été effectué ? Oui non
 Si oui, par qui ? (Veuillez joindre le procès-verbal) _____
 Historique des dommages : _____

Pour la suite, veuillez utiliser une feuille séparée.

Sont-ils couverts par une assurance de protection juridique ?

Oui non

Si oui, auprès de qui ? _____

Le cas y est-il signalé ?

Oui non **Esquisse****5. Témoins et passagers**

- 1) Nom: _____ Prénom: _____
Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____
- 2) Nom: _____ Prénom: _____
Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____
- 3) Nom: _____ Prénom: _____
Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____
- 4) Nom: _____ Prénom: _____
Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____

6. Vos opinions sur la cause des dommages

Faute de votre part ou de celle du conducteur de votre véhicule

Faute de la personne lésée ou d'un tiers

Justification: _____

_____**7. Blessure ou mort de personnes**

- 1) Nom: _____ Prénom: _____
Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____
Employeur: _____ Profession, employé en tant que : _____
État civil: _____ Date de naissance : _____
En quoi consiste la blessure ? _____
Nom et adresse du premier médecin traitant: _____
- Capacité de travail depuis: _____ charge de travail : _____
Auprès de quelle compagnie / caisse maladie la personne blessée est-elle assurée contre les accidents ? _____

2) Nom: _____ Prénom: _____
 Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____
 Employeur: _____ Profession, employé en tant que: _____
 État civil : _____ Date de naissance: _____
 En quoi consiste la blessure ? _____
 Nom et adresse du premier médecin traitant: _____

Capacité de travail depuis: _____ charge de travail: _____
 Auprès de quelle compagnie / caisse maladie la personne blessée est-elle assurée contre les accidents ? _____

3) Nom: _____ Prénom: _____
 Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____
 Employeur: _____ Profession, employé en tant que: _____
 État civil : _____ Date de naissance: _____
 En quoi consiste la blessure ? _____
 Nom et adresse du premier médecin traitant: _____

Capacité de travail depuis: _____ charge de travail: _____
 Auprès de quelle compagnie / caisse maladie la personne blessée est-elle assurée contre les accidents ? _____

8. Détérioration ou destruction de biens appartenant à des tiers

1) Nom: _____ Prénom: _____
 Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____
 La personne lésée est-elle de votre famille ou de celle qui a causé le dommage ? Oui non
 Qu'est-ce qui a été endommagé et en quoi consiste le dommage (pour les véhicules à moteur: plaque de contrôle, numéro matricule) ? _____

L'objet endommagé peut-il être réparé ? Oui non

Emplacement de l'objet endommagé : _____

Montant approximatif des dommages (estimation) : _____

Avez-vous déjà fait l'objet d'une demande d'indemnisation ? Si oui, par qui ? _____

Existe-t-il d'autres assurances pour les objets mentionnés ci-dessus ?

Casco partielle Casco complète Feu Vol
 Bris de verre Dégâts des eaux Bris de machine Construction

Si oui, auprès de quelle société ? _____

2) Nom: _____ Prénom: _____
 Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____
 La personne lésée est-elle de votre famille ou de celle qui a causé le dommage ? Oui non
 Qu'est-ce qui a été endommagé et en quoi consiste le dommage (pour les véhicules à moteur: plaque de contrôle, numéro matricule) ? _____

L'objet endommagé peut-il être réparé ? Oui non

Emplacement de l'objet endommagé _____

Montant approximatif des dommages (estimation) : _____

Avez-vous déjà fait l'objet d'une demande d'indemnisation ? Si oui, par qui ? _____

Existe-t-il d'autres assurances pour les objets mentionnés ci-dessus ?

Casco partielle Casco complète Feu Vol Bris de verre Dégâts des eaux Bris de machine Construction

Si oui, auprès de quelle société ? _____

9. Dommages au véhicule personnel (uniquement pour l'assurance casco)

Quelles sont les pièces endommagées ou ce qui a été volé ? _____

Qui chargez-vous de la réparation ? (nom, adresse et coordonnées) _____

Où peut-on voir le véhicule ? _____

Quand peut-on voir le véhicule ? _____

Montant présumé des dommages _____

Vous avez acheté le véhicule _____

à quel prix ? _____

quand ? _____

10. Remarques

Le preneur d'assurance ne peut pas accepter de demandes d'indemnisation sans l'accord préalable de la compagnie d'assurance. Il autorise la compagnie d'assurance mentionnée à la page 1 à consulter les dossiers officiels (notamment les dossiers pénaux, les dossiers médicaux, les dossiers de la SUVA et d'autres assureurs-accidents). Il accepte en outre que la compagnie d'assurance transmette les données nécessaires au règlement du sinistre à des tiers, notamment aux assureurs co-intéressés, et qu'elle demande à ces derniers les renseignements nécessaires.

Lieu et date: _____

Signature du preneur d'assurance: _____

Lieu et date: _____

Signature du conducteur du véhicule assuré: _____