**A + A Assureurs Associés SA**

Etude, placement et gérance de portefeuilles d’assurances

Place St-Gervais 1 I CP 1213 I CH-1211 Genève 1

t +41 22 716 19 19 I f +41 22 731 85 21

info@synerisk.ch I www.synerisk.ch

**Membre de**





**Déclaration de sinistre Assurances de véhicules à moteur**

|  |
| --- |
| **Indications relatives à l’assurance** |

Type de dommages :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Responsabilité civile  (Dommages matériels et/ou corporels à des tiers) |  | Casco partielle  (Incendie, dommages naturels, glissement de neige, vol, animaux, bris de glace, vandalisme ou chute d’objets) |
|  | Casco complète  (Collision) |  | Dommages de parking |
|  | Objets transportés  (Vol d’effets personnels à l’intérieur du véhicule fermé à clé) |  | Accidents  (Conducteur et/ou passager) |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la compagnie d’assurance |  |
| Numéro de contrat |  |
| Dossier de sinistre no (pour l’assureur) |  |

|  |
| --- |
| **Données sur le preneur d’assurance** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom, prénom ou société |  | | |
| Rue, no postal, localité |  | | |
| Tél. professionnel |  | Fax |  |
| Email |  | Mobile |  |

Coordonnées bancaires

|  |  |
| --- | --- |
| Banque & localité |  |
| Compte bancaire no |  |
| IBAN ou CCP |  |
| BIC |  |

Autres

|  |  |
| --- | --- |
| Etes-vous soumis à la TVA ? | Pouvez-vous récupérer la TVA ? |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Avez-vous une assurance de protection juridique ? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | |  | Oui |  | Non | |
| Auprès de quelle compagnie ? |  |
| Avez-vous annoncé le cas ? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |

|  |
| --- |
| **Véhicule utilisé au moment de l’accident (selon les indications du permis de circulation)** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Marque et type | | | Plaques no | | Matricule no | Châssis no |
|  | | |  | |  |  |
|  | | | | | | |
| 1ère mise en circulation  (jour, mois, année) | Nombre de passager (conducteur  inclus) lors de l’accident | | | Transport payant ? | | Kilométrage |
|  |  | | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | | |  |
|  | | | | | | |
| Le véhicule était-il loué ? | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | | |

|  |
| --- |
| **Conducteur du véhicule susmentionné** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Adresse |  |
| Prénom |  | Localité |  |
| Date de naissance |  | Pays |  |
| Profession |  | Tél. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Permis de conduire valable ? | Catégorie | Depuis  (jour, mois, année) | Le détenteur l’avait-il autorisé à conduire ? |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |  |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En cas d’élève conducteur : nom de la personne accompagnante | Avec permis depuis  (jour, mois, année) | Catégorie |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Evénement** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date | Heure |  | Conditions atmosphériques/Etat de la route |
|  |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | matin |  | Après-midi | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Rue et lieu | |
|  | |
|  | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | A l’extérieur d’une localité |  | A l’intérieur d’une localité | |

Eventuel(s) témoin(s)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom et adresse |  | N° de tél. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| A votre avis, qui a commis une faute et laquelle ? |
|  |

**\*** En cas de vol du véhicule ou des effets personnels se trouvant à l’intérieur du véhicule, le rapport de police est obligatoire. Annoncez le délit immédiatement au poste de police le plus proche !

|  |
| --- |
| Rapport de police**\*** ? |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| A quel poste de police |  | N° de tél |  |

|  |
| --- |
| **Circonstances du sinistre** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description de l’accident** | | **Croquis** | |
|  |  | |

|  |
| --- |
| **Personne blessée**  **S’il devait y en avoir plusieurs, utilisez une feuille supplémentaire svp** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom |  | Adresse |  |
| Prénom |  | Localité |  |
| Date de naissance |  | Tél. |  |
| Profession/Employeur |  |
| Etat civil |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Dans mon véhicule |  | Dans un autre véhicule |  | Cycliste |  | Piéton |

|  |  |
| --- | --- |
| Lien de parenté avec le détenteur ? | Assuré : |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Suva | |  | LAAO |  | | LAMal | |  | | Autre : | | | |  | | | |  | | Auprès de quel assureur ? | | | |  | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Incapacité de travail ? | Médecin/Hôpital  (nom, adresse, téléphone) | Ceinture de sécurité portée ? |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |

|  |
| --- |
| **Dommage au véhicule de la partie adverse**  **S’il devait y en avoir plusieurs, utilisez une feuille supplémentaire svp** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Détenteur (nom, prénom et adresse) |  | N° de tél. |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Conducteur (nom, prénom et adresse) |  | N° de tél. |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Marque et type, numéro de plaques d’immatriculation |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Assuré en responsabilité civile ? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |  | Veuillez indiquer par une **🡪** le point de choc et marquer les parties endommagées par une **x** | |
| |  |  | | --- | --- | | Auprès de quel assureur ? |  | | |  |  | |
|  | |  |  | |
| Assuré en Casco partielle ? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |  |  | |
| Assuré en Casco complète ? | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |  |  | |
| |  |  | | --- | --- | | Auprès de quel assureur ? |  | | |  |  | |
| Qui effectue les réparations (entreprise, adresse, téléphone) et à partir de quand ? | | | | |
|  | | | | |
|  | |  |  |  |
| Montant des réparations (environ en CHF) ? | |  |  |  |
|  | | | | |

|  |
| --- |
| **Autre objet endommagé (signal, bicyclette, animal, haie, champ, bagages, effets personnels, etc.)**  **S’il devait y en avoir plusieurs, utilisez une feuille supplémentaire svp** |

|  |  |
| --- | --- |
| Désignation de l’objet, nature du dommage | Montant du dommage  (environ en CHF) ? |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lésé, propriétaire (nom, prénom et adresse) |  | N° de tél. |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Le lésé était-il occupant du  véhicule assuré ? | Lien de parenté avec  le détenteur ? | Degré de parenté | L’objet était-il trans- porté gratuitement ? |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |  | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Oui |  | Non | |

|  |
| --- |
| **Dommage au propre véhicule**  **L’assureur doit donner son aval avant de donner l’ordre de réparation** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature du dommage, désignation des objets volés |  | Veuillez indiquer par une **🡪** le point de choc et marquer les parties endommagées par une **x** | | |
|  |  |
|  |  | | |
| Qui a causé le dommage ? |  |
|  |  |
| En cas de collision, quel est l’assureur RC adverse ? |  |
|  |  |
|  |  |
| Qui effectue les réparations (entreprise, adresse, téléphone) ? |  | |  |  |
|  | | | | |
|  |  | |  |  |
| A partir de quand ? |  | |  |  |
|  | | | | |
|  |  | |  |  |
| Montant des réparations (environ en CHF) ? |  | |  |  |
|  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Autorisation** |   Le/la soussigné(e) autorise la compagnie d’assurance à demander tous renseignements concernant le sinistre auprès des assurés ou de tiers et à consulter les documents officiels et judiciaires concernant le sinistre. La compagnie d’assurance est en outre autorisée à transmettre les données en rapport avec le sinistre à des institutions officielles ou judiciaires et à d’autres compagnies d’assurance (co-assureur ou réassureur) en Suisse et à l’étranger. Le/la soussigné(e) est prié(e) de s’abstenir d’accepter toute prétention de responsabilité avant de contacter la compagnie d’assurance. L’ensemble de la correspondance transitera par le courtier en assurances pour contrôle et soutien au besoin.  **Rappels importants**  **L’article 3 de la Loi fédérale sur le contrat d’assurance (LCA)** prévoit que le preneur d’assurance doit faire tout ce qui est possible pour limiter le dommage et avertir la compagnie d’assurance du sinistre immédiatement.  **L’article 46 de la Loi fédérale sur le contrat d’assurance (LCA)** prévoit que les créances qui dérivent du contrat d’assurance se prescrivent par deux ans à dater du fait d’où naît l’obligation pour les contrats souscrits avant le 31.12.2021 et par cinq ans à dater du fait d’où naît l’obligation pour les contrats souscrits dès le 01.01.2022. Vous voudrez bien vous conformer au délai imparti.  Lieu et date : Timbre et signature du preneur d’assurance  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |