ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 1/3
Assurance véhicule à moteur

1. PRENEUR D'ASSURANCE

Nom		Société	
Adresse		N° de police	
Téléphone		N° de sinistre	
Interlocuteur		Compte postal ou bancaire	
E-mail		Assujetti à la TVA	○ Oui ○ Non

2. SINISTRE

Date de l'accident		Lieu de l'accident	
Heure de l'accident		Localité exacte	

Déroulement de l'accident (joindre un croquis si nécessaire)

Rapport de police ○ Non ○ Oui – Service

3. CONDUCTEUR DU VÉHICULE – PROPRE VÉHICULE

Nom		Prénom	
Date de naissance		Adresse	
NPA/Localité		Date de l'examen/Catégorie	
Téléphone		E-mail	
Propre véhicule		Marque/Type	
Plaque de contrôle		Numéro matricule	

4. DOMMAGE SUBI PAR LE PROPRE VÉHICULE

Type de dommage/Montant du sinistre	
Lieu où le véhicule peut être examiné	
Entreprise de réparation	

5. VÉHICULE ENDOMMAGÉ APPARTENANT À AUTRUI

Nom du/de la propriétaire		Téléphone privé	
Adresse		Téléphone travail	
Nom du conducteur		Téléphone privé	
Adresse		Téléphone travail	
Marque/Type/Numéro de la plaque de contrôle		Où la réparation est-elle effectuée?	
Où le véhicule est-il assuré (responsabilité civile)?		À partir de quand?	
Montant présumé du dommage		Téléphone du garage	

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 2/3
Assurance véhicule à moteur

6. DÉTÉRIORATION OU DESTRUCTION DE BIENS / D'ANIMAUX APPARTENANT À AUTRUI

Quels biens ont été endommagés? (pour les véhicules à moteurs, indiquer la marque et le numéro de la plaque de contrôle)	En quoi le dommage consiste-t-il?
a)	
b)	

Nom/Prénom/Adresse du/de la propriétaire	Montant du dommage
a)	
b)	

Où le bien endommagé peut-il être examiné?	Auprès de quelle compagnie est-il assuré?
a)	
b)	

Les personnes ayant subi le dommage sont-elles parentes avec le/la propriétaire? ○ Non ○ Oui – Degré de parenté

7. BLESSURES CORPORELLES OU DÉCÈS DE PERSONNES

Nom/Prénom	Adresse	Téléphone	Date de naissance
a)			
b)			

État civil	Profession	Employeur
a)		
b)		

De quel type de blessures s'agit-il?	Nom et adresse du médecin
a)	
b)	

Les personnes blessées sont-elles assurées contre les accidents?	Auprès de quelle compagnie/caisse-maladie?
a)	
b)	

8. TÉMOINS

Nom/Prénom/Adresse/Téléphone	
Nom/Prénom/Adresse/Téléphone	
Nom/Prénom/Adresse/Téléphone	

9. REMARQUES

Documents joints/à envoyer éventuellement séparément

☐ Photos ☐ Constat europ. d'accident

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 3/3
Assurance véhicule à moteur

La personne soussignée autorise la compagnie d'assurances à consulter les documents officiels et médicaux, et elle accepte que la compagnie d'assurances transmette les données nécessaires au traitement du sinistre à des tiers ou aux compagnies d'assurances impliquées (coassureurs ou réassureurs) en Suisse et à l'étranger et qu'elle demande à ces dernières les renseignements nécessaires. Le soussigné/la soussignée n'est pas autorisé(e) à reconnaître des droits à des dommages et intérêts sans le consentement de la compagnie.

Lieu et date _____ Signature du preneur d'assurance _____

Veuillez envoyer le formulaire par e-mail à schaden@arisco.ch ou par la poste à la succursale de votre responsable de mandat. Vous trouverez l'adresse sur www.arisco.ch/kontakt. Merci beaucoup.

IMPRIMER RÉINITIALISER ENVOYER