

Déclaration de sinistre

Assurance responsabilité civile



Vaudoise Générale,
Compagnie d'Assurances SA
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

Preneur d'assurance

Nom, prénom ou raison sociale _____

Rue et numéro _____

NPA et localité _____

Téléphone/portable _____

E-mail _____

Nom de la personne de contact _____

IBAN _____

Soumis TVA oui non Si oui: Numéro TVA _____

Protection juridique oui non Si oui: compagnie _____

Numéro de contrat d'assurance (ex.12345678.2200) _____

Personnes impliquées	En qualité de	Personne A	Personne B	Personne C
		<input type="checkbox"/> lésé <input type="checkbox"/> témoin <input type="checkbox"/> auteur <input type="checkbox"/> responsable <input type="checkbox"/> locataire	<input type="checkbox"/> lésé <input type="checkbox"/> témoin <input type="checkbox"/> auteur <input type="checkbox"/> responsable <input type="checkbox"/> locataire	<input type="checkbox"/> lésé <input type="checkbox"/> témoin <input type="checkbox"/> auteur <input type="checkbox"/> responsable <input type="checkbox"/> locataire
	Nom ou raison sociale	_____	_____	_____
	Prénom	_____	_____	_____
	Date de naissance	_____	_____	_____
	Sexe	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	<input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme
	Rue et numéro	_____	_____	_____
	NPA	_____	_____	_____
	Localité	_____	_____	_____
	Téléphone/portable	_____	_____	_____
	E-mail	_____	_____	_____
	Lésions corporelles	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Incapacité de travail	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Nature des lésions	_____	_____	_____
	Premiers soins par	_____	_____	_____
	Profession	_____	_____	_____
	Employeur	_____	_____	_____
	Assureur accident	_____	_____	_____
	Dommages matériels	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Nature des dommages	_____	_____	_____
	Photo	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Véhicule automobile	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Estimation du coût	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Nom du réparateur	_____	_____	_____
	Date à laquelle le véhicule se trouve	_____	_____	_____

Déclaration de sinistre

Assurance responsabilité civile



Vaudoise Générale,
Compagnie d'Assurances SA
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

Assureur responsabilité civile/Chose _____
Responsabilité engagée oui non oui non oui non
Lien entre les personnes impliquées, y compris le preneur d'assurances, soit: un membre de la famille, ménage commun, membre du personnel Si oui, préciser _____ Si oui, préciser _____ Si oui, préciser _____

S'il y avait plus de 3 personnes impliquées, veuillez compléter le chiffre 2 sur une nouvelle déclaration

Description de l'événement et des circonstances

Événement

Nature de la responsabilité (RC) privée professionnelle propriétaire d'immeuble

Date et heure _____

Rue-lieu dit _____

NPA et localité _____

Rapport de police oui non

Remarques

Exemplaires supplémentaires

Des exemplaires supplémentaires du présent formulaire sont disponibles sur le site www.vaudoise.ch, rubrique «sinistre».

Le soussigné donne son accord à ce que la Vaudoise communique de façon appropriée les données résultant du sinistre ou de tout autre événement donnant droit à d'autres prestataires admis ou assureurs, en particulier à des coassureurs ou des réassureurs, en Suisse et à l'étranger. La compagnie est également autorisée à leur demander des renseignements et à prendre connaissance de tout document officiel ou judiciaire. Cet accord est indépendant de la reconnaissance du droit aux prestations d'assurances. En cas d'envoi électronique, la Vaudoise Assurances renonce aux signatures manuscrites.

Lieu et date

Nom du signataire

Signature

Après avoir rempli le formulaire, veuillez cliquer sur le bouton Envoyer si vous disposez d'Acrobat Reader version 10 ou supérieure. Dans le cas contraire, nous vous remercions d'imprimer le fichier et de l'adresser par poste à: Vaudoise Générale, Compagnie d'assurances SA, Place de Milan, 1001 Lausanne.

Envoyer

Imprimer