

Déclaration de sinistre

Assurance choses



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 et portable _____

E-mail _____

Nom de la personne de contact _____

IBAN _____

Soumis TVA oui non Si oui: N° TVA _____

Protection juridique oui non Si oui: compagnie _____

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

Personnes impliquées	Personne A	Personne B	Personne C
En qualité de	<input type="checkbox"/> auteur	<input type="checkbox"/> auteur	<input type="checkbox"/> auteur
	<input type="checkbox"/> propriétaire du bien fonds	<input type="checkbox"/> propriétaire du bien fonds	<input type="checkbox"/> propriétaire du bien fonds
	<input type="checkbox"/> gérance immobilière	<input type="checkbox"/> gérance immobilière	<input type="checkbox"/> gérance immobilière
	<input type="checkbox"/> locataire	<input type="checkbox"/> locataire	<input type="checkbox"/> locataire
Nom ou raison	_____	_____	_____
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	_____	_____	_____
Assureur RC	_____	_____	_____

Description de l'événement et des circonstances

Événement	Eléments touchés
	<input type="checkbox"/> bâtiment en location <input type="checkbox"/> bâtiment en propriété
	<input type="checkbox"/> bâtiment en copropriété <input type="checkbox"/> inventaire du ménage
	<input type="checkbox"/> inventaire du commerce <input type="checkbox"/> bureautique
	<input type="checkbox"/> installations techniques <input type="checkbox"/> objets de valeur
	<input type="checkbox"/> perte exploitation <input type="checkbox"/> autres _____

Nature de l'événement	<input type="checkbox"/> incendie	<input type="checkbox"/> événement naturel
	<input type="checkbox"/> vol simple	<input type="checkbox"/> vol avec effraction
	<input type="checkbox"/> bris de glaces	<input type="checkbox"/> dégâts des eaux
	<input type="checkbox"/> autre	
Date et heure	_____	
Rue-lieu dit	_____	
NPA et localité	_____	
Photos	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres assureurs	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non Si oui, nom de la compagnie _____
Rapport de police	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non Si oui, par quel poste de police ? _____
Annonce simultanée de l'événement effectué	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non Si oui, auprès de quel organisme _____

Objets endommagés	Objet	Marque/type	Date d'achat	Acheté chez	Prix payé	Coût de la réparation éventuelle	Remarque
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Remarques générales

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 des prestations 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