

# Déclaration de sinistre Véhicule à moteur



Nom et adresse

No de police: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Chère cliente, cher client,

Nous vous prions de bien vouloir nous retourner ce formulaire intégralement rempli. Merci d'avance.

Personne de contact: \_\_\_\_\_

Téléphone privé: \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel: \_\_\_\_\_ Natel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Avez-vous droit à la déduction de l'impôt préalable?  non  oui N° TVA: \_\_\_\_\_

Possédez-vous une assurance de protection juridique?  non  oui Compagnie: \_\_\_\_\_

Le cas lui a-t-il été annoncé?  non  oui

**Identification de votre véhicule**  
(selon indications du permis de circulation)

Marque et type \_\_\_\_\_ N° des plaques de contrôle \_\_\_\_\_ Première mise en circulation \_\_\_\_\_ N° de châssis ou N° matricule \_\_\_\_\_ Kilo-métrage \_\_\_\_\_

**Conducteur du véhicule susmentionné au moment du sinistre**

Nom, prénom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Permis de conduire valable  non  oui Date: \_\_\_\_\_ Catégorie: \_\_\_\_\_

**Circonstances de l'accident**

Date \_\_\_\_\_ Heure (0-24) \_\_\_\_\_ Lieu et rue \_\_\_\_\_

Rapport de police  non  oui, Etabli par quel poste? \_\_\_\_\_

Estimez-vous que vous (ou conducteur de votre véhicule) êtes  fautif  en partie fautif  non fautif

Description et croquis de l'accident  
(à remplir même s'il y a un rapport de police)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Véhicules          |                                   |                      | Moto-cycliste | Cycliste | Piéton |
|--------------------|-----------------------------------|----------------------|---------------|----------|--------|
| Véhicule du PA<br> | Véhicule de la partie adverse<br> | Autres véhicules<br> |               |          |        |

**Témoins****Passager(s) de votre véhicule** (Noms, prénoms, adresses)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Autres témoins de l'accident** (Noms, prénoms, adresses)

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Personnes blessées**

Noms, prénoms, adresses (s'il y en a plus de deux, veuillez joindre une feuille supplémentaire)

Age

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Genre de blessure

Profession du blessé

Employeur

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin traitant/hôpital

Où le lésé est-il assuré contre les accidents?

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

**Dommages matériels de tiers****Véhicule endommagé de la partie adverse** (s'il y en a plusieurs, veuillez joindre une feuille supplémentaire)

Dé détenteur (Nom, prénom, adresse)

Avez-vous droit à la déduction de l'impôt préalable?  oui  non

Marque et type

N° des plaques de contrôle

Veuillez indiquer par une → le point de choc et marquer les parties endommagées

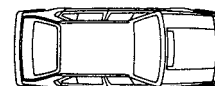
Où est-il assuré en responsabilité civile?

Où est-il assuré en  casco partielle?  casco complète?

Où peut-on inspecter la véhicule?

A partir de quand?

Estimation des frais de réparation env. CHF

**Objets endommagés** (bicyclette, clôture, champ, bagages, vêtements, animaux, etc.)

Objet

Genre de dommage

Montant du dommage CHF

Propriétaire (Nom, prénom, adresse)

Avez-vous droit à la déduction de l'impôt préalable  oui  non**Dommages casco**

(ne remplir que si vous possédez une assurance casco auprès de l'Helvetia)

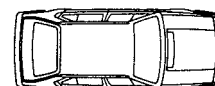
Nature du dommage, désignation et prix des objets endommagés ou volés

Veuillez indiquer par une → le point de choc et marquer les parties endommagées

Qui effectuera la réparation? (entreprise, adresse)

A partir de quand?

Estimation des frais de réparation env. CHF

**Paiement à**

Nom/prénom, adresse:

 CCP n°: Nom de banque/n° de compte:**Remarques****Autorisation**

1. J'autorise l'Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA (ci-après dénommée Helvetia) à traiter des données dans l'étendue nécessaire en rapport avec le règlement de sinistres, à se procurer des renseignements auprès d'autorités, de médecins, d'hôpitaux et d'autres tiers en Suisse et à l'étranger, ainsi qu'à consulter des dossiers (p. ex. chez les assureurs privés et sociaux comme l'Al et les assureurs LAA, les coassureurs et les réassureurs, le personnel médical, les autorités en matière de mesures administratives dans la circulation routière). 2. L'Helvetia peut également transmettre aux autorités, médecins, hôpitaux et autres tiers en question des indications sur le traitement des données. 3. Je délègue expressément les autorités, médecins, hôpitaux et autres tiers ainsi que leurs auxiliaires, auxquels l'Helvetia demande des renseignements en rapport avec le règlement du sinistre, du secret officiel, professionnel et contractuel, en particulier du secret du contrat d'assurance, et les autorise à fournir des renseignements à l'Helvetia. 4. J'autorise l'Helvetia, en cas de recours à un tiers civilement responsable, à communiquer audit tiers, resp. à son assureur responsabilité civile, les données nécessaires pour faire valoir le droit de recours. 5. Je prends connaissance de ce que je ne peux reconnaître aucun droit quelconque sans l'autorisation de l'Helvetia.

**Signature**

Lieu et date:

**Signature du (de la) client(e):**