

Responsabilité civile Frais de défense pénale

Casco complet Casco partiel Accidents

Agence générale _____ no _____

Traité par _____

Police no _____

Sinistre no _____

Date _____

Votre lettre/téléphone/visite du _____

1. Désignation de votre véhicule

Genre de véhicule (voit. tour., camion, etc.)	Marque de fabrication et type	No du châssis ou matricule	1 ^{re} mise en circulation	No des plaques de contrôle	Total des km parcourus
--	-------------------------------	----------------------------	-------------------------------------	----------------------------	------------------------

2. Conducteur de votre véhicule

Nom	Prénom	Né le	Nationalité	Profession
Adresse			Etat civil	Tél. privé Tél. bureau
Permis de conduire suisse valable	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Catégorie	Depuis quand? (jour/mois/année)	Etait-il autorisé par le détenteur à conduire le véhicule? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Permis de conduire étranger valable	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui			
Permis d'élève-conducteur valable	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui			
Pour permis d'élève-conducteur uniquement: nom de l'accompagnant	Catégorie	Permis de conduire valable depuis?	Le conducteur est-il un de vos parents? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
But de la course	<input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> professionnel <input type="checkbox"/> chemin du travail	Le conducteur avait-il loué le véhicule?		<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

3. Accident

Date	Heure (0-24)	Lieu et rue				
<input type="checkbox"/> à l'extérieur d'une localité <input type="checkbox"/> à l'intérieur d'une localité <input type="checkbox"/> route sèche <input type="checkbox"/> pluie <input type="checkbox"/> neige <input type="checkbox"/> verglas <input type="checkbox"/> brouillard <input type="checkbox"/> obscurité						
Vitesse de votre véhicule	km/h	Vitesse du véhicule adverse				
Vous-même ou le conducteur de votre véhicule, vous considérez-vous comme <input type="checkbox"/> responsable <input type="checkbox"/> partiellement responsable <input type="checkbox"/> non responsable						
Pourquoi?						
Rapport de police <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, par quel poste de police?						
Déroulement de l'accident et croquis (prière de remplir également lorsqu'un rapport de police a été établi)	Véhicules		Moto-cycliste	Cycliste	Piéton	
	propre	adverse	autres			
			etc.			

Suite sur feuille séparée

Avez vous une assurance-protection juridique? non oui, auprès de qui? Le cas lui a-t-il été annoncé? non oui

4. Occupants de votre véhicule

Noms, prénoms, adresses, téléphone	ceinture de sécurité bouclée?
1.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
2.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
3.	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

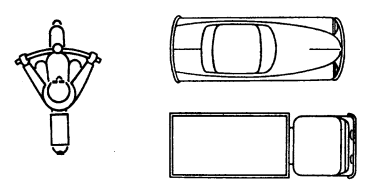
5. Témoins

Noms, prénoms, adresses, téléphone
1.
2.

6. Personnes blessées ou décédées S'il y a plusieurs personnes blessées ou décédées, utiliser une feuille supplémentaire

Noms et prénoms des lésés	Etat civil	Age	Adresse, téléphone	Profession	Employeur
1.					
2.					
Quelles lésions ont subi ces personnes?			Adresse du médecin-traitant ou de l'hôpital	Les personnes blessées: sont-elles assurées contre les accidents à la CNA auprès de quelle autre compagnie ou caisse-maladie?	
1.					
2.					

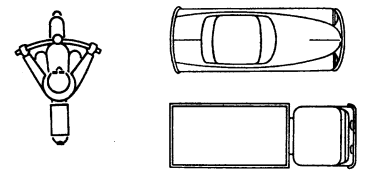
7. Véhicule adverse accidenté S'il y a plusieurs véhicules accidentés, utiliser une feuille supplémentaire

Détenteur (nom, adresse, téléphone)		Prière d'indiquer par une ↑ le point de choc et de désigner la partie endommagée 
Conducteur (nom, adresse, téléphone)		
Marque et type, no des plaques de contrôle		
Nom de la compagnie d'assurance-RC du véhicule?	Nom de la compagnie d'assurance-casco du véhicule?	
Qui effectue les réparations? (Nom, adresse, téléphone)		
A partir de quand?	Frais de réparation environ fr.	

8. Autres objets endommagés Panneau de signalisation, animal, clôture de jardin, terrain, bagages, vêtements, etc.

Désignation de l'objet, genre de dommage			Montant approximatif du dommage fr.
Lésé (nom, adresse, téléphone)			
Le lésé était-il passager? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Est-il parent du détenteur du véhicule? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Degré de parenté	Les objets étaient-ils transportés contre rémunération? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

9. Dommage au propre véhicule A remplir uniquement s'il existe une assurance-casco partiel ou casco complet auprès de la Mobilière Suisse Société d'assurances SA

Genre de dommage, désignation des objets soustraits		Prière d'indiquer par une ↑ le point de choc et de désigner la partie endommagée 
Qui effectue les réparations? (Nom, adresse, téléphone)		
A partir de quand?	Frais de réparation environ fr.	
Compte bancaire/chèques postaux no		
Qui a provoqué le dommage?	Où est assurée en RC la personne impliquée dans l'accident?	

Existe-t'il d'autres assurances pour les mêmes risques?

non oui, laquelle? _____ Compagnie _____ Police no _____

10. Taxe sur la valeur ajoutée Etes-vous légitimé à déduire l'impôt préalable? non oui, no _____**Remarques du preneur d'assurance**

Les personnes soussignées autorisent la Mobilière Suisse Société d'assurances SA (La Mobilière) ainsi que son agence générale compétente à traiter des données en relation avec la survenance et le traitement du sinistre et à les transmettre à des tiers, en Suisse ou à l'étranger, par ex. à des co-assureurs ou à des assureurs chargés du recours.

La Mobilière est également habilitée à recueillir des données en relation avec le sinistre auprès d'autorités administratives, de tiers ainsi qu'à prendre connaissance de dossiers administratifs ou de tribunaux pour autant que ces renseignements servent au traitement du sinistre. La Mobilière s'engage à traiter ces données de manière confidentielle.

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance
