


## Déclaration de sinistre pour l'assurance véhicule à moteur

Compagnie d'assurance

N° de police

N° de sinistre

Genre d'assurance concerné par le sinistre :			
Preneur d'assurance :		Tél. professionnel :	
Rue :		N° postal /	
Mobile :		Localité :	
Interlocuteur :		Fax :	
N° TVA :		e-mail :	
<b>Compte pour le paiement des indemnités</b>			
Nom prénom :		Rue :	
Compagnie :		N° postal / Localité :	
N° de CCP :		Nom et adresse	
Compte bancaire :		de la banque :	
Clearing :			
IBAN :			
BIC :			
<b>Données générales relatives au sinistre</b>			
Date et heure du sinistre :		Etat de la route :	
Lieu du sinistre :		Témoins oculaires ?	
		(Nom, adresse et téléphone)	
Description exacte de l'accident :			
<b>Données sur le conducteur de votre véhicule</b>			
Nom Prénom :		Rue :	
Date de naissance :		N° postal / Localité :	
Mobile :		Tél. professionnel :	
Profession :		eMail :	
Catégorie du permis :		Date du permis :	
<b>Dommages à votre véhicule</b>			
Leasing ?		Véhicule loué ?	
Marque / Type :		Numéro de matricule :	
Plaques de contrôle :			
Mise en circulation :			
Kilométrage :			
Genre de dommages :			
Nom et adresse du réparateur :			
Date de la réparation :			
Montant du sinistre :			

## Dommages aux véhicules de tiers

	Nom Prénom	Adresse	Téléphone	eMail
Détenteur du véhicule				
Conducteur du véhicule				
Marque / Type :			Plaques de contrôle :	
Mise en circulation :				
Genre de dommages :				
Montant du sinistre :				
Nom et adresse du réparateur :				
Date de la réparation :				
Assurance RC ou Casco ? Si oui, préciser le nom.				



### Données sur les personnes blessées ou décédées

Nom et Prénom :		Adresse :	
Passagers dans votre véhicule ?	Oui    Non	N° postal / Localité :	
Date de naissance :		Etat civil :	
Travail :		Employeur :	
Téléphone :		La personne accidentée était :	
Ceinture utilisée ?		Incapacité de travail ?	
De quelles lésions corporelles souffre cette personne ?		Médecin/Hôpital traitant :	
Assurance accidents :			

### Croquis de l'accident

	<p style="text-align: center;">Votre véhicule</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Autres véhicules</p> <p style="text-align: center;"> </p> <p style="text-align: center;">Camions</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Véhicules à deux roues</p> <p style="text-align: center;"></p> <p style="text-align: center;">Piétons</p> <p style="text-align: center;"></p>
--	--

### Description de l'accident

**Données sur les dégâts causés à d'autres choses  
(ex : signalisation routière, animaux, clôture de jardin)**

Genre de dommage :		Estimation du dommage :	
Estimé par :		Téléphone :	
Propriétaire :		Adresse :	
Téléphone :		N° postal / Localité :	

**Dommages par vol**

Votre véhicule est-il en leasing ou financé par un tiers ?

Véhicule verrouillé ?		Alarme ?		Garage au domicile ?	
Garage fermé ?		Garage gardé ?		Garage avec système d'alarme ?	
Des accessoires ou des pièces de rechange ont-ils été volés ?				Si oui, précisez lesquels :	

**En cas de vol du véhicule, nous avons besoin des indications complémentaires suivantes :**

Date d'achat :		Le véhicule a-t-il été acheté neuf ou d'occasion ?	
Prix d'achat :		Personne ayant acheté le véhicule :	
Où se trouvaient les clés ?		Nombre de clés livrées avec le véhicule (merci de nous les envoyer) :	

**Effets de voyage endommagés ou volés**

Assurance inventaire de ménage avec risque "vol simple" ?		Si oui :	
Nom de l'assurance et N° de la Police :		Compagnie :	

**Remarques complémentaires**

**Autorisation**

Le/la soussigné(e) autorise la compagnie d'assurance à demander tous les renseignements concernant le sinistre auprès des assurés ou de tiers et à consulter les documents officiels et judiciaires concernant le sinistre. La compagnie d'assurance est en outre autorisée à transmettre les données en rapport avec le sinistre à des institutions officielles ou judiciaires et à d'autres compagnies d'assurances (co-assureur ou réassureur) en Suisse et à l'étranger. Le/la soussigné(e) est prié(e) de s'abstenir d'accepter toute prétention de responsabilité avant de contacter la compagnie d'assurance.

Lieu et date    Signature / Timbre du preneur d'assurance

Merci de bien vouloir envoyer / faxer cette déclaration de sinistre dûment complétée et signée à :

first partner Sarl  
Rue du Rhône, 118  
1204 Genève

e-mail : sinistre@first-partner.ch  
Téléphone: 0041(0)22 808 02 00  
Fax: 0041(0)22 808 02 04