

Déclaration de Sinistre // Véhicule à Moteur

Indications relatives à l'assurance

Assureur
N° de police

Preneur d'assurance

Nom:
Prénom:
Adresse:
Tél. privé:
Tél. prof.:
Fax:
Adresse postale:

c/o Optimum MFS SA
Rue Alexandre-Gavard 16
1227 Carouge
No de tél : 022/707 99 00
Compte bancaire/postal:
Banque/Succursale:

Versement des indemnités

L'indemnité est à verser sur : CCP Compte bancaire
No de compte:
Titulaire du compte:
Nom de la banque:
Filiale:

Caractéristiques de votre véhicule (à relever du permis de circulation)

Genre du véhicule (voiture, camion, etc.) :
Marque et Type:
N° plaques de contrôle:
N° du châssis ou n° matricule:
Total des kms parcourus:
1ère mise en circulation:

Conducteur du véhicule assuré

Nom, prénom:
Adresse:
Date de naissance:
Date d'établissement du permis de conduire:
Pays ayant délivré le permis:

Déroulement du sinistre

Date:
Heure:
Lieu:

Circonstances

Existe-t-il un rapport de police? oui non

Si oui, par quel poste a-t-il été établi?

Existe-t-il un constat amiable? oui non

Veillez décrire les faits:

Responsabilité

Vous considérez-vous: fautif partiellement fautif non fautif

Pour quelles raisons?

Personne à l'origine du sinistre

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Profession:

Adresse:

Domage au véhicule d'un tiers Propriétaire/détenteur (lésé 1)

Nom:

Prénom:

Adresse:

Tel.:

Conducteur

Qui conduisait le véhicule au moment de l'accident? : propriétaire une autre personne

Nom:

Prénom:

Adresse:

Tel.:

Véhicule endommagé

Qui conduisait le véhicule au moment de l'accident? : propriétaire une autre personne

Plaque de contrôle:

Marque/Type:

No de châssis /No de série:

Quelle compagnie assure le véhicule en responsabilité civile?

Quelles sont les parties endommagées?

Montant approximatif du dommage:

Où le véhicule peut-il être vu?

A partir de quand?

Tél.:

Dommege de choses de tiers

Quels objets ont été endommagés dans l'accident?

Propriétaire

Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____
Tel.: _____

Dommege au véhicule d'un tiers //Propriétaire/détenteur (lésé 2)

Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____
Tel.: _____

Conducteur

Qui conduisait le véhicule au moment de l'accident? : propriétaire une autre personne

Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____
Tel.: _____

Véhicule endommagé

Plaque de contrôle: _____
Marque/Type: _____
No de châssis /No de série: _____
Quelle Compagnie assure le véhicule en responsabilité civile? _____
Quelles sont les parties endommagées? _____
Montant approximatif du dommege: _____
Où le véhicule peut-il être vu? _____
A partir de quand? _____
Tél. : _____

Dommege de choses de tiers

Quels objets ont été endommagés dans l'accident?

Propriétaire

Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____
Tel.: _____

Blessé 1

Nom: _____
Prénom: _____
Adresse: _____
Tel.: _____
Date de naissance: _____
Nature des blessures/des douleurs: _____
Médecin/hôpital ayant dispensé les premiers soins: _____

Blessé 2

Nom: []
Prénom: []
Adresse: []
[]
[]
Tel.: []
Date de naissance: []

Nature des blessures/des douleurs: []
Médecin/hôpital ayant dispensé les premiers soins: []

Remarques

[]
[]
[]
[]

Lieu et Date:

[]

Signature de la personne assurée

[]

Preneur d'assurance

[]

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

**Optimum Management Financial
Services SA**

Rue du Rhône 69
CH - 1207 Genève
Tél: +41(0)22 707 99 00
Fax: +41(0)22 786 99 10
Mail : sinistres@optimum-mfs.ch

Personne de contact Optimum & co:

[]

Tél. direct

[]