

<b>1. Preneur d'assurance</b>	Nom, prénom ou raison sociale	
	Adresse	
	No postal / localité	
	Téléphone / Fax	
	E-mail	
	Nom de la personne de contact	
	CCP ou compte bancaire	
	Soumis TVA	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : N° TVA
	Protection juridique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui : compagnie
	N° de contrat d'assurance (ex. 123456.2200)	216965 2200

<b>2. Personnes impliquées</b>		<b>Personne A</b>	<b>Personne B</b>	<b>Personne C</b>
	En qualité de :	<input type="checkbox"/> lésé <input type="checkbox"/> témoin <input type="checkbox"/> auteur <input type="checkbox"/> responsable <input type="checkbox"/> locataire	<input type="checkbox"/> lésé <input type="checkbox"/> témoin <input type="checkbox"/> auteur <input type="checkbox"/> responsable <input type="checkbox"/> locataire	<input type="checkbox"/> lésé <input type="checkbox"/> témoin <input type="checkbox"/> auteur <input type="checkbox"/> responsable <input type="checkbox"/> locataire
Nom ou raison sociale				
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	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Etat civil				
Rue				
N° postal				
Localité				
N° de téléphone				
E-mail				
Lésions corporelles :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nature des lésions				
Premiers soins par				
Profession				
Employeur				
Assureur accident				
Dommages matériels :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nature des dommages				
Photos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Véhicule automobile	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Estimation du coût				
Nom du réparateur				
Date à laquelle le véhicule se trouve chez le réparateur				
Assureur RC / Choses				
Responsabilité engagée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Liens entre les personnes impliquées, y compris le preneur d'assurances, soit : membre de la famille, ménage commun, membre du personnel?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, préciser :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, préciser :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, préciser :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, préciser :

**S'il y avait plus de 3 personnes impliquées, veuillez compléter le chiffre 2 sur une nouvelle déclaration**

<b>3. Description de l'événement et des circonstances</b>		
<b>4. Evénement</b>	Nature de la responsabilité civile (RC)	<input type="checkbox"/> privée <input type="checkbox"/> professionnelle <input type="checkbox"/> propriétaire d'immeuble
	Date et heure	
	Rue – lieu dit	
	N° postal / localité	
	Rapport de police	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>5. Remarques</b>		
<b>6. Exemplaires supplémentaires</b>	Des exemplaires supplémentaires du présent formulaire sont disponibles sur le site <a href="http://www.vaudoise.ch">www.vaudoise.ch</a> rubrique sinistre	

Le soussigné donne son accord à ce que la compagnie communique de façon appropriée les données résultant du sinistre ou de tout autre événement donnant droit à des prestations à d'autres 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.

<b>Lieu et date :</b>	<b>Nom du signataire :</b>	<b>Signature</b>
-----------------------	----------------------------	------------------