

# Déclaration de sinistre

## Assurance choses



Vaudoise Générale,  
Compagnie d'Assurances SA  
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne  
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

Preneur d'assurance	Nom, prénom ou raison sociale				
	Adresse				
	NPA et localité				
	Téléphone et et fax				
	E-mail				
	Nom de la personne de contact				
	CCP ou compte bancaire				
	Soumis TVA	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui: N° TVA	
	Protection juridique	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>	Si oui: compagnie	
Numéro de contrat d'assurance (ex.123456.2200)					

Personnes impliquées		Personne A	Personne B	Personne C
En qualité de		<input type="checkbox"/> auteur	<input type="checkbox"/> auteur	<input type="checkbox"/> auteur
		<input type="checkbox"/> propriétaire du bien fonds	<input type="checkbox"/> propriétaire du bien fonds	<input type="checkbox"/> propriétaire du bien fonds
		<input type="checkbox"/> gérance immobilière	<input type="checkbox"/> gérance immobilière	<input type="checkbox"/> gérance immobilière
		<input type="checkbox"/> locataire	<input type="checkbox"/> locataire	<input type="checkbox"/> locataire
Nom ou raison				
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
Rue				
NPA				
Localité				
Numéro de téléphone				
E-mail				
Assureur RC				

Description de l'événement et des circonstances	

Evénement	Eléments touchés	<input type="checkbox"/> bâtiment en location	<input type="checkbox"/> bâtiment en propriété
		<input type="checkbox"/> bâtiment en copropriété	<input type="checkbox"/> inventaire du ménage
		<input type="checkbox"/> inventaire du commerce	<input type="checkbox"/> bureautique
		<input type="checkbox"/> installations techniques	<input type="checkbox"/> objets de valeur
		<input type="checkbox"/> perte exploitation	

# Déclaration de sinistre

## Assurance choses



**Vaudoise Générale,  
Compagnie d'Assurances SA**  
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne  
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

Nature de l'événement	<input type="checkbox"/> incendie	<input type="checkbox"/> éléments naturels
	<input type="checkbox"/> vol simple	<input type="checkbox"/> vol avec effraction
	<input type="checkbox"/> bris de glaces	<input type="checkbox"/> dégâts des eaux
	<input type="checkbox"/> autre	
Date et heure	<input type="text"/>	
Rue-lieu dit	<input type="text"/>	
NPA et localité	<input type="text"/>	
Photos	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Autres assureurs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, nom de la compagnie <input type="text"/>	
Annonce simultanée de l'événement effectué	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, auprès de quel organisme <input type="text"/>	

Objets endommagés	Objets	Date d'achat	Acheté chez	Prix payé	Coût de la réparation éventuelle	Remarque
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Remarques générales	<input type="text"/>
	<input type="text"/>
	<input type="text"/>

**Exemplaires supplémentaires** Des exemplaires supplémentaires du présent formulaire sont disponibles sur le site [www.vaudoise.ch](http://www.vaudoise.ch), 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.

Lieu et date	Nom du signataire	Signature
--------------	-------------------	-----------

Après avoir rempli le formulaire, veuillez cliquer sur le bouton Envoyer si vous disposez d'Acrobat Reader version 10 ou supérieure. Dans le cas contraire, nous vous remercions d'imprimer le fichier et de l'adresser par poste à: Vaudoise Générale, Compagnie d'assurances SA, Place de Milan, 1001 Lausanne

Envoyer

Imprimer