

Véhicules à moteur Kraftfahrzeuge

Déclaration de sinistre - Schadenanzeige

à retourner à : / zurückzusenden an : Allianz Insurance Luxembourg – 14, boulevard Roosevelt – L-2450 Luxembourg
Fax : +352 47 23 46-353 – e-mail : auto.indemnisations@allianz.lu



N° Police / Policenummer N° Sinistre / Schadennummer

Agence / Agentur

A. Accident / Unfall

Date / Datum ____/____/____ Heure / Zeit _____

Lieu / Ort _____

B. Preneur d'assurance / Versicherungsnehmer

Nom / Name _____ Tél privé / Tel Privat _____

Prénom / Vorname _____ Tél bureau / Tel Büro _____

Adresse / Adresse _____ Tél portable / Tel Mobil _____

Email / Email _____

Profession / Beruf _____ Fax / Fax _____

Banque / Bankverbindung

N° de compte en banque IBAN / Kontonummer IBAN : _____

auprès de / bei : _____

Véhicule assuré / Versichertes Fahrzeug

Marque et Modèle / Marke und Modell _____

N° d'immatriculation / Amtl. Kennzeichen _____

Conducteur du véhicule assuré / Fahrer des versicherten Fahrzeugs

Nom / Name _____ Tél privé / Tel Privat _____

Prénom / Vorname _____ Tél bureau / Tel Büro _____

Adresse / Adresse _____ Tél portable / Tel Mobil _____

Email / Email _____

Profession / Beruf _____ Fax / Fax _____

Date de naissance / Geburtsdatum _____ Etat civil / Familienstand _____

N° de permis de conduire / Führerschein Nr. _____ Date de première délivrance / Erstaussstellung _____

Dommages corporels subis par le conducteur / Vom Fahrer erlittene Verletzungen

Nom / Name _____ Adresse / Adresse _____

Prénom / Vorname _____

Profession / Beruf _____

Nature de blessures / Art der Verletzungen _____

Dommages au véhicule assuré / Schäden am versicherten Fahrzeug

Nature du dommage / Art der Beschädigung _____

Coût approximatif / Ungefährer Kostenpunkt _____ EUR

Réparateur / Reparaturwerkstatt _____

Kilométrage au moment du sinistre / Kilometerstand zum Schadenzeitpunkt _____ km

Le propriétaire du véhicule réclame le remboursement de la TVA? /

Der Eigentümer des Fahrzeugs beansprucht den Ersatz der MwSt?

OUI / JA

NON / NEIN

Intervention partielle ou totale d'un autre organisme (Assurances sociales, Assurances, etc.)? /
Übernimmt eine andere Einrichtung (gewerbliche Unfallversicherung, Versicherung, etc.) Ihren
Materialschaden ganz oder teilweise?

OUI / JA*

NON / NEIN

* Si OUI, lequel? / Falls JA, welche? _____

En cas de vol ou tentative de vol / Im Falle eines Diebstahls oder versuchten Diebstahls

Où se trouvait le véhicule au moment du vol? /

Wo befand sich das Fahrzeug zum Tatzeitpunkt? _____

Où se trouvaient les clés et papiers du véhicule? /

Wo befanden sich die Schlüssel und der Fahrzeugschein? _____

Le véhicule est-t-il équipé d'un système de repérage par satellite? /

Ist das Fahrzeug mit einem Satellitenortungssystem ausgestattet? _____

OUI / JA*

NON / NEIN

* Si OUI : / Falls JA :

Nom et adresse de la société / Name und Anschrift der Firma _____

N° du contrat / Vertragsnummer _____

Véhicule de remplacement / Ersatzfahrzeug

Vous faut-il un véhicule de remplacement pendant la durée des réparations? (si garantie véhicule de remplacement assurée) /

Benötigen Sie ein Ersatzfahrzeug während der Dauer der Reparatur? (falls Ersatzfahrzeug versichert)

OUI / JA*

NON / NEIN

* Si OUI: / Falls JA: Date de livraison / Datum der zur Verfügungsstellung _____ / _____ / _____

Heure / Uhrzeit _____ Lieu / Ort _____

C. Circonstances du sinistre / Umstände des Schadenfalls

Description exacte de l'accident / Schilderung des genauen Unfallhergangs

Croquis / Skizze

D.1 Propriétaire du véhicule adverse 1 / Eigentümer des gegnerischen Fahrzeugs 1

Nom / Name _____ Tél privé / Tel Privat _____
Prénom / Vorname _____ Tél bureau / Tel Büro _____
Adresse / Adresse _____ Tél portable / Tel Mobil _____
_____ Email / Email _____
Profession / Beruf _____ Fax / Fax _____

Conducteur du véhicule adverse 1 / Fahrer des gegnerischen Fahrzeugs 1

Nom / Name _____ Tél privé / Tel Privat _____
Prénom / Vorname _____ Tél bureau / Tel Büro _____
Adresse / Adresse _____ Tél portable / Tel Mobil _____
_____ Email / Email _____
Profession / Beruf _____ Fax / Fax _____

Véhicule adverse 1 / Gegnerisches Fahrzeug 1

Marque et Modèle / Marke und Modell _____ N° d'immatriculation / Amtl. Kennzeichen _____

Dommages au véhicule adverse 1 / Schäden am gegnerischen Fahrzeug 1

Nature du dommage / Art der Beschädigung _____
Coût approximatif / Ungefährer Kostenpunkt _____ EUR
Réparateur / Reparaturwerkstatt _____
Kilométrage au moment du sinistre / Kilometerstand zum Schadenzeitpunkt _____ km

Le propriétaire du véhicule réclame le remboursement de la TVA? /
Der Eigentümer des Fahrzeugs beansprucht den Ersatz der MwSt? OUI / JA NON / NEIN

Le véhicule est-il couvert en CASCO? / Ist das Fahrzeug CASCO versichert? OUI / JA NON / NEIN

Assureur du véhicule adverse 1 / Versicherer des gegnerischen Fahrzeugs 1

Compagnie / Gesellschaft _____ Adresse / Adresse _____

D.2 Propriétaire du véhicule adverse 2 / Eigentümer des gegnerischen Fahrzeugs 2

Nom / Name _____ Tél privé / Tel Privat _____
Prénom / Vorname _____ Tél bureau / Tel Büro _____
Adresse / Adresse _____ Tél portable / Tel Mobil _____
_____ Email / Email _____
Profession / Beruf _____ Fax / Fax _____

Conducteur du véhicule adverse 2 / Fahrer des gegnerischen Fahrzeugs 2

Nom / Name _____ Tél privé / Tel Privat _____
Prénom / Vorname _____ Tél bureau / Tel Büro _____
Adresse / Adresse _____ Tél portable / Tel Mobil _____
_____ Email / Email _____
Profession / Beruf _____ Fax / Fax _____

Véhicule adverse 2 / Gegnerisches Fahrzeug 2

Marque et Modèle / Marke und Modell _____ N° d'immatriculation / Amtl. Kennzeichen _____

Domages au véhicule adverse 2 / Schäden am gegnerischen Fahrzeug 2

Nature du dommage / Art der Beschädigung _____
Coût approximatif / Ungefährer Kostenpunkt _____ EUR
Réparateur / Reparaturwerkstatt _____
Kilométrage au moment du sinistre / Kilometerstand zum Schadenzeitpunkt _____ km

Le propriétaire du véhicule réclame le remboursement de la TVA? /
Der Eigentümer des Fahrzeugs beansprucht den Ersatz der MwSt? OUI / JA NON / NEIN

Le véhicule est-il couvert en CASCO? / Ist das Fahrzeug CASCO versichert? OUI / JA NON / NEIN

Assureur du véhicule adverse 2 / Versicherer des gegnerischen Fahrzeugs 2

Compagnie / Gesellschaft _____ Adresse / Adresse _____

D.3 Autres dommages matériels / Andere Sachschäden

Nom / Name _____ Tél privé / Tel Privat _____
Prénom / Vorname _____ Tél bureau / Tel Büro _____
Adresse / Adresse _____ Tél portable / Tel Mobil _____
_____ Email / Email _____
Nature du dommage / Art des Schadens _____ Fax / Fax _____

D.4 Dommages corporels subis par des tiers / Von Drittpersonen erlittene Verletzungen

Nom / Name _____ Nom / Name _____
Prénom / Vorname _____ Prénom / Vorname _____
Adresse / Adresse _____ Adresse / Adresse _____
_____ _____
Nature des blessures / Art der Verletzungen _____ Nature des blessures / Art der Verletzungen _____

E. Responsabilité / Haftung

Qui est responsable à votre avis? / Wer ist Ihrer Meinung nach verantwortlich?

Vous-même / Sie selbst Votre adversaire / Ihr Gegner Responsabilité partagée / Geteilte Haftung

Pourquoi? / Weshalb? _____

F. Témoins / Zeugen

Nom / Name _____ Nom / Name _____
Prénom / Vorname _____ Prénom / Vorname _____
Adresse / Adresse _____ Adresse / Adresse _____
_____ _____

Procès-verbal de police / Protokoll

Procès-verbal de police / Protokoll OUI / JA NON / NEIN

Procès-verbal n° / Protokoll Nr. _____ par qui? / durch wen? _____

_____, le / den _____ / _____ / _____

Signature / Unterschrift

Conformément à la loi du 2 août 2002, le/la soussigné(e) autorise expressément la compagnie d'assurances à enregistrer les données personnelles dans ses fichiers et à les transmettre à d'autres organismes ou personnes pour les besoins de la gestion du sinistre.
Gemäß dem Gesetz vom 2. August 2002, ermächtigt der/die Unterzeichnende(r) die Versicherungsgesellschaft, die Daten zu erfassen und diese an weitere Einrichtungen oder Personen weiterzuleiten, sofern diese zur Bearbeitung des Schadenfalls beitragen.