



Déclaration de sinistre responsabilité civile

Preneur d'assurance

| | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Société / Nom | <input type="text"/> | | |
| Rue / Case postale | <input type="text"/> | | |
| NPA / Localité | <input type="text"/> | | |
| Personne responsable | <input type="text"/> | | |
| Téléphone | <input type="text"/> | | |
| Fax | <input type="text"/> | | |
| E-Mail | <input type="text"/> | | |
| Etes-vous astreint à la TVA | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | Si oui, pouvez-vous déduire l'impôt préalable | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Relation bancaire

| | | | |
|-----------------------|----------------------|----------------|----------------------|
| Nom de la banque | <input type="text"/> | N° IBAN | <input type="text"/> |
| N° de compte bancaire | <input type="text"/> | N° de clearing | <input type="text"/> |

Compagnie d'assurance

| | | | |
|-----|----------------------|-----------|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> | N° police | <input type="text"/> |
|-----|----------------------|-----------|----------------------|

Description du sinistre

| | | | | | | |
|--|---|----------------------|----------------------|-------------------|----------------------|----------------------|
| Date du sinistre | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Heure du sinistre | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Rue / Lieu | <input type="text"/> | | | | | |
| Déroulement | <input type="text"/> | | | | | |
| Votre collaborateur est-il responsable ? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Pourquoi ? | <input type="text"/> | | | | | |

Personne responsable du sinistre

| | | | | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|----------------------|----------------------|--|--|
| Nom / Prénom | <input type="text"/> | | | | | |
| Rue / Case postale | <input type="text"/> | | | | | |
| NPA / Localité | <input type="text"/> | | | | | |
| Téléphone / E-Mail | <input type="text"/> | | | | | |
| Date de naissance | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | |
| La personne responsable a-t-elle un lien de parenté avec vous | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Si oui, lequel | <input type="text"/> | | |
| Y a-t-il eu un enregistrement officiel des faits | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Par qui | <input type="text"/> | | |
| Est-ce que l'assuré, ses parents ou son personnel sont-ils fautifs | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | Qui | <input type="text"/> | | |

Y a-t-il des témoins Oui Non

Nom / Prénom

Adresse

Téléphone / E-Mail

Un rapport de police a-t-il été établi Oui Non Par quel poste

Dégâts matériels de la partie adverse

Genre de dégâts

Domage

Pour véhicules, marque / type / plaques

Réparateur

Date de réparation Compagnie d'assurance

Détenteur

Société / Nom

Rue / Case postale

NPA / Localité

Personne responsable

Téléphone / E-Mail

Nom de la banque N° IBAN

N° bancaire N° de clearing

Personne blessée

Y a-t-il des personnes blessées ? Oui Non

Nom / prénom

Adresse

Téléphone / E-Mail

Nature des lésions

Médecin / Hôpital

Adresse

Téléphone

La/les personne(s) soussignée(s) autorise(nt) la compagnie d'assurance mentionnée à la page 1 à traiter les données issues du règlement des sinistres. La compagnie d'assurances peut transmettre des données aux tiers participant au contrat, pour traitement si nécessaire, en Suisse comme à l'étranger, en particulier aux co-assureurs et réassureurs. La compagnie d'assurances est en outre autorisée à demander tous renseignements utiles auprès des bureaux officiels ou des tiers et à consulter les actes officiels et judiciaires. Cette autorisation est valable même si le sinistre n'est pas pris en charge. La/les personne(s) assurée(s) ou l'/les ayant(s) droit autorisé(nt) par sa (leur) signature les médecins traitants, les établissements hospitaliers et d'autres tiers désignés à donner à la compagnie d'assurances ou à son service médical, tout renseignement nécessaire en rapport avec le sinistre et le règlement du sinistre. A cet effet, elle(s) les libère(nt) expressément du secret professionnel. La compagnie d'assurances est en outre autorisée, en cas de recours envers un tiers responsable, à communiquer à ce tiers, ou à son assureur responsabilité civile, les données nécessaires à l'exercice du recours. La/les personne(s) soussignée(s) a (ont) le droit d'exiger auprès de la compagnie d'assurances les renseignements prévus par la loi sur l'élaboration des données la/les concernant. L'autorisation relative à l'élaboration des données peut être révoquée en tout temps.

Lieu, date Timbre de l'entreprise / signature