Déclaration de sinistre: assurance en responsabilité civile

|  |  |
| --- | --- |
| Compagnie d’assurance |  |
| N° de police |  |
| N° de sinistre |  |
| Assuré |
| Nom, prénom / employeur |       |
| Personne de contact |       |
| Adresse |       |
| N° de téléphone |       | E-mail |       |
| Compte bancaire ou CCP / N° IBAN |       |
| Êtes vous autorisé à déduire l’impôt préalable? | [ ]  Qui | [ ]  Non |
| Sinistre |
| Date du sinistre / heure |       |
| Lieu du sinistre / rue |       |
| Description précise du déroulement(bref récit) |       |
| Responsable / cause |
| Responsable du sinistre (nom, adresse) |       |
| Date de naissance |       |
| N° de téléphone |       | E-mail |       |
| Fonction dans l’entreprise |       |
| Le responsable a-t-il un lien de parenté avec le preneur d’assurance? | [ ]  Oui | Degré de parenté |       | [ ]  Non |
| Les sinistrés ont-ils un lien de parenté avec le preneur d’assurance? | [ ]  Oui | Degré de parenté |       | [ ]  Non |
| Témoins (nom, adresse) |       |
| Cause du sinistre |
| [ ]  Faute du responsable du sinistre | [ ]  Faute du sinistré |
| [ ]  Mauvaise installation, etc. | [ ]        |
| Justification |       |
| Un rapport de police a-t-il été rédigé? | [ ]  Oui | Quand? |       | [ ]  Non |
| Si oui, par quel poste de police? |       |

|  |
| --- |
| Blessure ou décès |
| **Nom, prénom, adresse** | **Date denaissance** | **Etat civil** | **Profession** | **Employeur** |
| a)       |       |       |       |       |
| b)       |       |       |       |       |
| c)       |       |       |       |       |
| d)       |       |       |       |       |
| **Nature de la blessure** | **Médecin / hôpital (nom, adresse)** |  **\*** | **Compagnie d’assurance** |
| a)       |       | [ ]  |       |
| b)       |       | [ ]  |       |
| c)       |       | [ ]  |       |
| d)       |       | [ ]  |       |
| \* Les personnes blessées sont-elles assurées contre les accidents (X si oui) |
| Endommagement ou destruction de biens de tiers (y compris d’animaux)  |
| **Objet endommagé** | **Nom, adresse du propriétaire** | **N° de téléphone** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **Nature de l’endommagement** | **Lieu** | **Montant du sinistre** | **Compagnie d’assurance** |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
| Où les biens endommagés peuvent-ils être examinés? |       |
| Quel âge ont les biens endommagés? |       |
| Documents annexés (éventuellement à envoyer séparément) |
| [ ]  Correspondance antérieure | [ ]  Contrat d’achat, d’entreprise, de livraison |
| [ ]  Preuves d’achat ou devis | [ ]  Conditions générales applicables |
| [ ]  Photos | [ ]        |

|  |
| --- |
| Remarques |
|       |
| La personne soussignée autorise l’assureur à prendre connaissance de tous les documents médicaux et officiels relatifs à l’accident. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lieu, date |       | Signature du preneur d’assurance |       |

Veuillez renvoyer le formulaire par e-mail à info@qualibroker.ch ou par la poste.

Vous trouverez l’adresse dans le coin inférieur gauche de la première page. Merci d’avance.