

Avis de sinistre
Assurance responsabilité civile
Privé et entreprise

Preneur d'assurance

Nom/Prénom

Rue, No / NPA, Lieu

Téléphone portable/privé/bureau
Email

Nom et adresse de la banque

Compte CCP ou bancaire

Compagnie d'assurance

Police No/Sinistre No

Etes-vous assujetti à la TVA oui non

Événement

1. Date 2. Lieu et Rue 3. Heure

Événement assuré (Veuillez marquer d'une croix)

- Responsabilité civile privée
 Responsabilité civile professionnelle
 Responsabilité civile entreprise

4. Description du sinistre:

.....
.....
.....
.....

5. a) Veuillez indiquer le moment et la cause de l'accident :

.....

b) A votre avis, qui a commis une faute et pourquoi ?
Veuillez indiquer nom, date de naissance et adresse
de la personne fautive :

.....
.....

6. Y a-t-il eu un enregistrement officiel des faits (rapport de police) ? oui non
Si oui, par quel poste a-t-il été établi ?

.....

7. Y a-t-il une faute de la part du lésé ou d'une tierce personne ? oui non
Si oui, veuillez indiquer nom et adresse :

.....

8. Y a-t-il des témoins oculaires ? oui non
Si oui, veuillez indiquer nom et adresse :

.....

Dégâts, destruction et perte d'objets appartenant à autrui

9. a) Veuillez indiquer la désignation de l'objet et la nature du dommage : (pour les véhicules, indiquer la marque et le no Des plaques)
- b) Nom et adresse du propriétaire :
- c) Où peut-on examiner l'objet endommagé ?
10. a) Existe-il d'autres assurances pour l'objet endommagé ? Lesquelles ? oui non
- b) Assuré auprès de quelle compagnie ?
- c) Est-ce que le cas est annoncé ?
11. Des indemnités vous ont-elles été réclamées pour des dégâts matériels ? Par qui et lesquelles ? oui non

Lésions corporelles ou décès d'une personne

12. Nom, prénom et adresse de la victime :
- a)
- b)
13. Veuillez indiquer la nature des lésions :
- a)
- b)
14. Adresse du médecin traitant ou de l'hôpital
- a)
- b)
15. Des indemnités vous ont-elles été réclamées pour des dommages corporelles ? oui non
Si oui, par qui et lesquelles ?
16. Remarques

Le/la soussigné(e) autorise la société mentionnée sur la page 1 à se procurer auprès d'autres assureurs ou auprès de tiers des renseignements relatifs au cas de sinistre et à prendre connaissance des dossiers officiels et des actes judiciaires qui se rapportent à ce dernier. Cette autorisation est valable même si le sinistre n'est pas pris en charge. Le/la soussigné(e) autorise en outre les médecins et les tiers interrogés par la société à fournir à la société ou à son service médical tous les renseignements souhaités en relation avec le cas de sinistre. À cet effet, elles les libèrent expressément du secret professionnel. Le/la soussigné(e) approuve le fait que la société puisse transmettre des données découlant de ce cas de sinistre, dans la mesure nécessaire, à d'autres assureurs, à savoir à des co-assureurs et à des réassureurs en Suisse et à l'étranger. L'autorisation relative à l'élaboration des données peut être révoquée en tout temps.

Lieu et date:

Signature du preneur d'assurance: