

Déclaration de sinistre assurance responsabilité civile

Numéro de police

Contact : UC Suisses, Matthias Heck
matthias.heck@cevi.ch
+41 44 213 20 47**1. Sinistre**

Date: _____ Heure: _____ Lieu et rue _____

Un constat officiel des faits a-t-il été effectué ? Oui non

Si oui, par qui ? (Veuillez joindre le procès-verbal) _____

Historique des dommages: _____

Pour la suite, veuillez utiliser une feuille séparée.

2. Témoins

1) Nom: _____ Prénom: _____

Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____

2) Nom: _____ Prénom: _____

Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____

3) Nom: _____ Prénom: _____

Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____

4) Nom: _____ Prénom: _____

Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____

3. Votre avis sur la cause du dommage

faute de votre part, de celle des membres de votre famille, de vos employés, etc.

Faute de la personne lésée ou d'un tiers

Matériel d'exploitation défectueux, installations défectueuses

Justification: _____
_____**4. Blessure ou mort de personnes**

1) Nom: _____ Prénom: _____

Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____

Employeur: _____ Profession, occupé comme: _____

État civil: _____ Date de naissance: _____

En quoi consiste la blessure ? _____

Nom et adresse du premier médecin traitant : _____

Capacité de travail depuis : _____ charge de travail : _____

Après de quelle compagnie / caisse maladie la personne blessée est-elle assurée contre les accidents ?

2) Nom: _____ Prénom: _____
 Numéro de téléphone : _____ Adresse: _____
 Employeur: _____ Profession, employé en tant que : _____
 État civil : _____ Date de naissance : _____
 En quoi consiste la blessure ? _____
 Nom et adresse du premier médecin traitant : _____

Capacité de travail depuis : _____ charge de travail: _____
 Auprès de quelle compagnie / caisse maladie la personne blessée est-elle assurée contre les accidents ? _____

3) Nom: _____ Prénom: _____
 Telefon-Nr.: _____ Adresse: _____
 Employeur: _____ Profession, employé en tant que : _____
 État civil : _____ Date de naissance: _____
 En quoi consiste la blessure ? _____
 Nom et adresse du premier médecin traitant : _____

Capacité de travail depuis : _____ charge de travail: _____
 Auprès de quelle compagnie / caisse maladie la personne blessée est-elle assurée contre les accidents ? _____

5. Détérioration ou destruction de biens appartenant à des tiers

1) Nom: _____ Prénom: _____
 Numéro de téléphone : _____ Adresse: _____
 La personne lésée est-elle de votre famille ou de celle qui a causé le dommage ? Oui non
 Qu'est-ce qui a été endommagé et en quoi consiste le dommage (pour les véhicules à moteur: plaque de contrôle, numéro matricule)? _____

L'objet endommagé peut-il être réparé ? Oui non
 Emplacement de l'objet endommagé _____
 Montant approximatif des dommages (estimation) : _____
 Avez-vous déjà fait l'objet d'une demande d'indemnisation ? Si oui, par qui ? _____

Existe-t-il d'autres assurances pour les objets mentionnés ci-dessus ?

Casco partielle Casco complète Feu Vol

Bris de verre Dégâts des eaux Bris de machine Construction

Si oui, auprès de quelle société ? _____

Nom: _____ Prénom: _____
 Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____
 La personne lésée est-elle de votre famille ou de celle qui a causé le dommage? Oui non
 Qu'est-ce qui a été endommagé et en quoi consiste le dommage (pour les véhicules à moteur :
 Plaque de contrôle, numéro matricule) ? _____

L'objet endommagé peut-il être réparé ? Oui non
 Emplacement de l'objet endommagé _____
 Montant approximatif des dommages (estimation) : _____

Avez-vous déjà fait l'objet d'une demande d'indemnisation ? Si oui, par qui? _____

Existe-t-il d'autres assurances pour les objets mentionnés ci-dessus ?

Casco partielle Casco complète Feu Vol
 Bris de verre Dégâts des eaux Bris de machine Construction

Si oui, auprès de quelle société ? _____

6. Questions complémentaires

Quelle personne assurée a causé le dommage ?

Nom: _____ Prénom: _____

Numéro de téléphone: _____ Adresse: _____

Date de naissance: _____ Degré de parenté / position dans l'entreprise : _____

Le preneur d'assurance ou l'assuré était-il au service des personnes lésées ? Oui non

Les personnes lésées sont-elles le preneur d'assurance ou la personne qui a provoqué le sinistre ? Oui non

Les personnes lésées étaient-elles au service du preneur d'assurance ou de la personne qui a provoqué le sinistre ? Oui non

Le sinistre s'est-il produit lors d'un travail au sein d'un consortium ou d'une communauté de travail ? Oui non

(Si oui, nom) _____

Une autre personne est-elle coresponsable de cet événement ? Oui non

(Si oui, qui et pour quelle raison ?) _____

7. Remarques

Le preneur d'assurance ne peut pas accepter de demandes d'indemnisation sans l'accord préalable de la compagnie d'assurance. Il autorise la compagnie d'assurances mentionnée à la page 1 à consulter les dossiers officiels (notamment les dossiers pénaux, les dossiers médicaux, les dossiers de la SUVA et d'autres assureurs-accidents).

Lieu et date:

Signature du preneur d'assurance:
