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 de naissance** | **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 [schaden@qualibroker.ch](mailto:schaden@qualibroker.ch) ou par la poste.

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