



## 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 .....