

# Assurance responsabilité civile

**Déclaration d'un sinistre**

**Compagnie**

**N° de police**

(Pour les accidents sur des véhicules automobiles utiliser les formulaires de déclaration spéciaux)

## Preneur d'assurance

Nom / prénom .....	Date de naissance .....	Etat civil .....
Entreprise .....	Compte postal ou bancaire .....	
Profession / exploitation .....	Banque / succursale à .....	
Rue .....	Assujetti à la TVA <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
NPA / lieu .....	N° de TVA .....	
Tél. privé ..... Portable .....	Disposez-vous d'une assurance protection juridique ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Tél. prof. ..... Portable .....	Où ? .....	
Fax ..... E-mail .....	Le cas est-il déclaré ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

## Si l'incident a été provoqué par un membre de votre famille ou l'un de vos employés ou employés de maison

Nom / prénom .....	Date de naissance .....	Etat civil .....
Rue .....	Lien de parenté avec le preneur d'assurance .....	
NPA / lieu .....	Position dans l'entreprise .....	

## Sinistre

Date / heure (0-24) .....	Le sinistre s'est-il produit lors d'un travail effectué dans un groupe d'entreprises ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Rue .....	Nom et adresse du groupe .....
NPA / lieu .....	
Constat officiel <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Par qui ? .....	

## Déroulement (à remplir même si un rapport de police a été rédigé)

---

## Schéma

---

### Témoins

a) Nom / prénom .....	Tél. privé .....	Portable .....
Rue .....	Tél. prof. ....	Portable .....
NPA / lieu .....	Fax .....	E-mail .....
b) Nom / prénom .....	Tél. privé .....	Portable .....
Rue .....	Tél. prof. ....	Portable .....
NPA / lieu .....	Fax .....	E-mail .....
c) Nom / prénom .....	Tél. privé .....	Portable .....
Rue .....	Tél. prof. ....	Portable .....
NPA / lieu .....	Fax .....	E-mail .....

---

### Votre avis sur la cause du sinistre

Matériel d'exploitation déficient, installations défectueuses      Justification

- La faute incombe à vous-même, à des membres de votre famille, à des employés
- La faute incombe à la victime
- La faute incombe à un tiers

Nom / prénom .....

Rue .....

NPA / lieu .....

---

### Blessure ou décès de personnes

a) Nom / prénom .....	Etat civil .....	Date de naissance .....
Rue .....		.....
NPA / lieu .....	Employeur .....	
Profession .....	En quoi consiste la blessure ? .....	

Nom et adresse de l'hôpital ou du médecin traitant .....

b) Nom / prénom .....

Rue .....

NPA / lieu .....

Profession .....

Etat civil .....

Employeur .....

En quoi consiste la blessure ? .....

Date de naissance .....

Nom et adresse de l'hôpital ou du médecin traitant

Les personnes blessées sont-elles assurées contre les accidents ?

oui  non

Comment ? .....

Auprès de quelle autre compagnie / caisse maladie ?

.....

### Détérioration ou destruction d'objets étrangers, y compris d'animaux

Objet 1 .....

Nature de la détérioration .....

Nom / prénom du propriétaire .....

Rue .....

NPA / lieu .....

Emplacement .....

Montant probable des dégâts en CHF .....

Assuré auprès de quelle compagnie ? .....

Assujetti à la TVA  oui  non

N° de TVA .....

Objet 2 .....

Nature de la détérioration .....

Nom / prénom du propriétaire .....

Emplacement .....

Montant probable des dégâts en CHF .....

Assuré auprès de quelle compagnie ? .....

Assujetti à la TVA  oui  non

N° de TVA .....

Les victimes ont-elles un lien de parenté avec le propriétaire ?

oui  no

Comment ? .....

### Questions complémentaires

Les victimes ont-elles un lien de parenté avec le preneur d'assurance ou la personne ayant provoqué le sinistre ?

non  oui

Comment ? .....

Le preneur d'assurance ou l'assuré était-il au service des victimes ?

.....

Les victimes étaient-elles au service du preneur d'assurance ou de la personne ayant provoqué le sinistre ?

oui  non

A quel titre ? .....

Les victimes ont-elles déjà fait valoir des droits ?

.....

De quel montant ? CHF .....

Le preneur d'assurance et l'assuré ne doivent pas reconnaître les demandes d'indemnisation sans l'accord préalable de la compagnie. Ils autorisent la compagnie à consulter les dossiers administratifs et médicaux ainsi que les dossiers de l'assureur LAA ou LAMa. Ils acceptent également que la compagnie transmette à des tiers les données nécessaires au traitement du sinistre à savoir aux assureurs également concernés et leur demande les renseignements nécessaires.

Lieu et date

Signature de l'assuré  
(si différent du preneur d'assurance)

Signature du preneur d'assurance

.....

.....

.....