



Déclaration de sinistre - Assurance de choses

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 prof.	<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° de police	<input type="text"/>
-----	----------------------	--------------	----------------------

Description de l'accident

Date du sinistre	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Heure du sinistre	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu / Rue	<input type="text"/>					
Déroulement	<input type="text"/>					

Votre collaborateur est-il responsable	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Pourquoi	<input type="text"/>	

Responsable du dommage

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"/>
Est-ce que l'assuré, ses parents ou son personnel sont-ils fautifs	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, qui	<input type="text"/>
Y a-t-il des témoins	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>		

Nom / Prénom

Adresse

Téléphone / E-Mail

Y a-t-il eu un enregistrement officiel des faits (rapport de police) Oui Non Par quel poste

Domages

Cause des dégâts

Domages

Réparateur

Date de la réparation

Propriétaire

Société / Nom

Rue / Case postale

NPA / Localité

Personne responsable

Téléphone / E-Mail

Nom de la banque N° IBAN

N° de compte bancaire N° de clearing

Choses / marchandises endommagées

Objets / Nombre

Prix de vente / Valeur de la marchandise Date d'achat / Âge

Fabricant / fournisseur Montant du dommage

Domages aux bâtiments

Etage

Pièce

Montant du dommage

Le dommage a-t-il déjà été réparé ? Oui Non

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 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 à des 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 autorise(nt) par sa (leur) médecin(s) traitant(s), 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 de 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, 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. L'autorisation relative à l'élaboration des données peut être révoquée en tout temps.

Lieu / Date Timbre de l'entreprise / signature