

Assurance responsabilité civile

Déclaration de sinistre (Pour les accidents concernant les véhicules à moteur, veuillez utiliser la déclaration spéciale)

Pour annonce immédiate de sinistre Téléphone **0800 809 809**

N° de police

Preneur d'assurance

Nom/prénom	Date de naissance	État civil
Entreprise	Compte postal/bancaire	
Profession/activités	Banque/filiale à	
Rue	Soumis à TVA	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
NPA/localité	N° de TVA	
Tél. privé	Mobile	Affiliation à un organisme de protection juridique?
Tél. prof.	Mobile	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Fax	E-Mail	Lequel?
		Lui avez-vous déclaré le sinistre? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui

Si l'événement a été causé par un membre de votre famille ou un de vos employés

Nom/prénom	Date de naissance	État civil
Rue	Degré de parenté avec le preneur d'assurance	
NPA/localité		
	Fonction dans l'entreprise	

Déroulement du sinistre

Date	Heure (0-24)	Le sinistre s'est-il produit au cours de travaux effectués par un consortium d'entreprises? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
Rue		Nom et adresse du consortium
NPA/localité		
Une constatation officielle a-t-elle eu lieu?	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
Par qui?		

Circonstances (à remplir même si un rapport de police a été établi)

Croquis

Témoins

a) Nom/prénom	Tél. privé	Mobile
Rue	Tél. prof.	Mobile
NPA/localité	Fax	E-Mail
b) Nom/prénom	Tél. privé	Mobile
Rue	Tél. prof.	Mobile
NPA/localité	Fax	E-Mail
c) Nom/prénom	Tél. privé	Mobile
Rue	Tél. prof.	Mobile
NPA/localité	Fax	E-Mail

Votre avis sur les causes de l'événement

<input type="checkbox"/> État défectueux du matériel, installation imparfaite	Motifs
<input type="checkbox"/> Faute de votre part, d'un membre de votre famille, d'un employé	
<input type="checkbox"/> Faute du lésé	
<input type="checkbox"/> Faute d'un tiers	
Nom/prénom	
Rue	
NPA/localité	

Lésions corporelles ou décès de personnes

a) Nom/prénom	État civil	Date de naissance (ne pas remplir)
Rue		
NPA/localité	Employeur	
Profession	Quelles sont les lésions?	(ne pas remplir)
Nom et adresse du médecin traitant, respectivement de l'hôpital		

b) Nom/prénom	État civil	Date de naissance (ne pas remplir)
Rue	Employeur	
NPA/localité	Quelles sont les lésions?	(ne pas remplir)
Profession		
Nom et adresse du médecin traitant, respectivement de l'hôpital		
La personne blessée est-elle assurée contre les accidents?		Après de quelle autre société/caisse-maladie?
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui		
Comment?		

Dégâts matériels ou destruction de choses appartenant à autrui (animaux compris)

Objet 1	Où se trouve-t-il?
Nature du dommage	Montant du dommage CHF (ne pas remplir)
Nom/prénom du propriétaire	Assuré auprès de quelle compagnie?
Rue	Soumis à TVA <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
NPA/localité	N° de TVA
Objet 2	Où se trouve-t-il?
Nature du dommage	Montant du dommage CHF (ne pas remplir)
Nom/prénom du propriétaire	Assuré auprès de quelle compagnie?
Rue	Soumis à TVA <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
NPA/localité	N° de TVA
Les lésés sont-ils parents du détenteur?	
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	
À quel degré?	

Questions complémentaires

Les lésés sont-ils parents du preneur d'assurance ou de la personne qui a provoqué l'événement?	Les lésés étaient-ils au service du preneur d'assurance ou de la personne qui a provoqué l'événement?
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui
A quel degré?	En quelle qualité?
Le preneur d'assurance ou l'assuré était-il au service du lésé?	Les lésés ont-ils déjà élevé des prétentions?
	Lesquelles? CHF

Le preneur d'assurance et l'assuré ne doivent pas reconnaître des prétentions adverses sans le consentement préalable de la Winterthur. Ils autorisent la Winterthur à prendre connaissance des documents officiels, du dossier de l'assureur LAA et des pièces médicales. Ils autorisent en outre la Winterthur à demander et à transmettre à tout tiers, notamment aux autres assureurs intéressés, tous renseignements ou données nécessaires au règlement du sinistre.

Lieu et date	Signature de l'assuré (si différent du preneur d'assurance)	Signature du preneur d'assurance
_____	_____	_____