Déclaration de sinistre

Assurance responsabilité civile

Remarque

Merci de compléter et signer la déclaration de sinistre avant de l'envoyer par courrier à :

Kessler & CO SA

T +41

# Numéro de police

Preneur d’assurance

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom, resp. raison sociale |  |
| Interlocuteur |  |
| Rue, NPA localité |  |
| Téléphone, portable, fax |  |
| E-Mail |  |
| Compte pour le paiement des indemnités | |
| Nom et lieu de la banque |  |
| Compte bancaire, Clearing |  |
| IBAN, BIC |  |
| N° de CCP |  |
| Titulaire du compte |  |
| Pouvez-vous récupérer la TVA?  Oui  Non | |

Sinistre

|  |  |
| --- | --- |
| Date et heure |  |
| Rue, NPA localité |  |
| Téléphone, portable, fax |  |
| E-Mail |  |
| Un constat officiel a-t-il été réalisé?  Oui  Non | |
| Circonstances  (Veuillez remplir cette case même si un rapport de police a été établi et joindre les éventuels rapports, croquis, photos) | |

Auteur du sinistre

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom | |  |
| Rue, NPA localité | |  |
| Téléphone, portable, fax | |  |
| E-Mail | |  |
| Cette personne est-elle apparentée au preneur d’assurance?  Oui  Non | | |
| Si Oui: | * degré de parenté |  |
| Cette personne est-elle employée par le preneur d’assurance?  Oui  Non | | |
| Si Oui: | * fonction dans l'entreprise |  |

Circonstances du sinistre

Quelle est la cause de l’évènement?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Est-ce que vous-même, un membre de votre famille ou un employé ont été fautifs?  Oui  Non | | |
| Si Oui | * raison |  |
| Installation ou matériel défectueux?  Oui  Non | | |
| Si Oui: | * raison |  |
| Le lésé ou un tiers ont-ils commis une faute ou une faute concomitante?  Oui  Non | | |
| Si Oui: | * raison |  |
|  | * Nom, prénom |  |
|  | * Adresse, NPA localité |  |

Témoins

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom |  |
| Rue NPA localité |  |
| Téléphone, portable, fax |  |
| E-Mail |  |

Blessure ou décès de personnes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Y-a-t-il des blessés / morts?  Oui  Non | | |
| Si Oui: | * Type de blessure |  | |
|  | * nom du médecin / hôpital |  | |
| Nom, prénom | |  | |
| Rue, NPA localité | |  | |
| Téléphone, portable, fax | |  | |
| Date de naissance | |  | |
| Employeur | |  | |

Détérioration ou destruction de biens de tiers (y compris animaux)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Des biens de tiers ont-ils été endommagés ou détruits?  Oui  Non | | |
| Si Oui: | * Lesquels |  | |
|  | * Age des biens |  | |
|  | * Description du dommage |  | |
|  | * Nom du propriétaire |  | |
|  | * Rue, NPA localité |  | |
|  | * Lieu de visite |  | |
|  | * Estimation du dommage |  | |

Questions complémentaires

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Les lésés travaillent-ils pour vous?  Oui  Non | | |
| Si Oui | * en quelle qualité? |  |
| Le sinistre s’est-il produit lors du travail au sein d’un consortium d’entreprise?  Oui  Non | | |
| Si Oui: | * nom du consortium |  |
| Des prétentions ont-elles déjà été émises par les lésés?  Oui  Non | | |
| Si Oui: | * montant des réclamations | CHF |

Observations

Autorisation

Le / la soussigné(e) autorise la compagnie d’assurance à demander des renseignements concernant le sinistre aux autres assurés ou tiers impliqués dans ce dernier, à consulter les dossiers administratifs et judiciaires s’y rapportant ainsi qu’à transmettre les informations aux organes officiels ou judiciaires et à toute autre compagnie d’assurance (co-assureur ou réassureur) impliquée dans le sinistre et implantée en Suisse et à l’étranger. Le / la soussigné(e) est prié(e) de ne reconnaître aucune responsabilité sans avoir consulté au préalable la compagnie d’assurance.

|  |
| --- |
| Lieu, date |

|  |
| --- |
| Signature / cachet du preneur d’assurance |