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 |