



winterthur

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	☐ non ☐ oui
NPA/localité		N° de TVA	
Tél. privé	Mobile	Affiliation à un organisme de protection juridique?	
Tél. prof.	Mobile	☐ non	☐ oui
Fax	E-Mail	Lequel?	
		Lui avez-vous déclaré le sinistre?	☐ non ☐ 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?	☐ non	☐ oui
Rue		Nom et adresse du consortium		
NPA/localité				
Une constatation officielle a-t-elle eu lieu?	☐ non	☐ oui		
Par qui?				

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

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

☐ État défectueux du matériel, installation imparfaite	Motifs
☐ Faute de votre part, d'un membre de votre famille, d'un employé	
☐ Faute du lésé	
☐ 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		
NPA/localité	Employeur	
Profession	Quelles sont les lésions?	
Nom et adresse du médecin traitant, respectivement de l'hôpital	(ne pas remplir)	
La personne blessée est-elle assurée contre les accidents?		
☐ non ☐ 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
Nom/prénom du propriétaire	(ne pas remplir)
Rue	Assuré auprès de quelle compagnie?
NPA/localité	Soumis à TVA ☐ non ☐ oui
	N° de TVA
Objet 2	Où se trouve-t-il?
Nature du dommage	Montant du dommage CHF
Nom/prénom du propriétaire	(ne pas remplir)
Rue	Assuré auprès de quelle compagnie?
NPA/localité	Soumis à TVA ☐ non ☐ oui
Les lésés sont-ils parents du détenteur?	N° de TVA
☐ non ☐ 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?
☐ non ☐ oui	☐ non ☐ 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 société. Ils autorisent la société d'assurances AXA Assurances SA à se procurer et à utiliser les données nécessaires au traitement du sinistre, en s'adressant éventuellement pour ce faire à des personnes tierces. Le cas échéant, les données seront communiquées aux tiers concernés, en particulier aux coassureurs, aux réassureurs et aux autres assureurs intéressés. En outre, des informations peuvent être livrées à des tiers responsables et à leur assureur en responsabilité civile pour l'exécution de prétentions récursoires. De la même manière, la société d'assurances AXA Assurances SA est habilitée à se procurer tout renseignement utile auprès des autorités compétentes et à consulter les dossiers officiels, dans la mesure où ils concernent le sinistre déclaré. La société d'assurances AXA Assurances SA s'engage à traiter de façon confidentielle les informations recueillies.

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