



C^{IE} D'ASSURANCE



CONTRAT N°



Déclaration de sinistre

(pour les accidents concernant les véhicules à moteur, veuillez utiliser la déclaration spéciale)

Preneur d'assurance

nom	<input type="text"/>	compte postal/bancaire	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>	banque/filiale à	<input type="text"/>
profession/activités	<input type="text"/>	International Bank Account Number (N° IBAN)	<input type="text"/>
rue	<input type="text"/>	êtes-vous soumis à la TVA ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
NP/localité	<input type="text"/>	n° TVA	<input type="text"/>
privé	<input type="text"/>	êtes-vous affilié à un organisme de protection juridique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
prof.	<input type="text"/>	nom de l'organisme	<input type="text"/>
fax	<input type="text"/>	lui avez-vous déclaré le sinistre ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
né(e) le	<input type="text"/>		
état civil	<input type="text"/>		

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

nom	<input type="text"/>	degré de parenté avec le preneur d'assurance	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>	fonction dans l'entreprise	<input type="text"/>
rue	<input type="text"/>		
NP/localité	<input type="text"/>		
né(e) le	<input type="text"/>		
état civil	<input type="text"/>		

Déroulement du sinistre

<input type="text"/>	<input type="text"/>	Une constatation officielle a-t-elle eu lieu ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
rue	<input type="text"/>	par qui ?	<input type="text"/>
NP/localité	<input type="text"/>		
le sinistre s'est-il produit au cours de travaux effectués par un consortium d'entreprises? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
nom et adresse du consortium			
<input type="text"/>			





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



Large empty dotted-line box for describing the circumstances of the event.

Croquis



Large empty dotted-line box for drawing a sketch of the event.

Témoins

A	nom, prénom	<input type="text"/>	privé	<input type="text"/>
	rue	<input type="text"/>	prof.	<input type="text"/>
	NP/localité	<input type="text"/>	fax	<input type="text"/>
B	nom, prénom	<input type="text"/>	privé	<input type="text"/>
	rue	<input type="text"/>	prof.	<input type="text"/>
	NP/localité	<input type="text"/>	fax	<input type="text"/>
C	nom, prénom	<input type="text"/>	privé	<input type="text"/>
	rue	<input type="text"/>	prof.	<input type="text"/>
	NP/localité	<input type="text"/>	fax	<input type="text"/>

Votre avis sur les causes de l'événement

- Etat défectueux du matériel, installation imparfaite
- 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

motifs

Large empty box for providing reasons or motives.





Lésions corporelles ou décès de personnes



nom, prénom

rue

NP/localité

profession

nom et adresse du médecin traitant, respectivement de l'hôpital

né(e) le état civil

employeur

quelles sont les lésions?



nom, prénom

rue

NP/localité

profession

nom et adresse du médecin traitant, respectivement de l'hôpital

né(e) le état civil

employeur

quelles sont les lésions?

La personne laissée est-elle assurée contre les accidents? oui non

↓

si oui, comment?

Après de quelle autre société/caisse maladie?

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



objet A

nature du dommage

nom et prénom du propriétaire

rue

NP/localité

où se trouve-t-il?

montant du dommage CHF

assuré auprès de quelle compagnie?

soumis à la TVA? oui non

n° de TVA



objet B

nature du dommage

nom et prénom du propriétaire

rue

NP/localité

où se trouve-t-il?

montant du dommage CHF

assuré auprès de quelle compagnie?

soumis à la TVA? oui non

n° de TVA

Les lésés sont-ils parents du détenteur? oui non

à quel degré?





Questions complémentaires

Les lésés sont-ils parents du preneur d'assurance ou de la personne qui a provoqué l'évènement ? oui non

↳ à quel degré?

Les lésés étaient-ils au service du preneur d'assurance ou de la personne qui a provoqué l'évènement ? oui non

↳ en quelle qualité?

Le preneur d'assurance était-il au service du lésé? oui non

↳ en quelle qualité?

Les lésés ont-ils déjà élevé des prétentions? oui non

↳ lesquelles? CHF



Le preneur d'assurance et l'assuré ne doivent pas reconnaître des prétentions adverses sans le consentement préalable de la compagnie d'assurance. Ils autorisent la compagnie d'assurance à prendre connaissance des documents officiels, du dossier de l'assureur LAA et des pièces médicales. Ils autorisent en outre la compagnie d'assurance à demander et à transmettre à tous 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

merci !

Ce formulaire doit impérativement comporter des signatures légales.

Nous vous invitons ainsi à l'imprimer, le signer, et nous le retourner par courrier ou encore à l'imprimer, le signer, le scanner et nous le renvoyer par email.

AREAS SA
Rue Plantamour 16
Case postale 41
1211 Genève 21
info@areas.ch

vos commentaires



.....
.....
.....
.....
.....



imprimer maintenant

