



C<sup>IE</sup> D'ASSURANCE



CONTRAT N°

**Déclaration de sinistre**

**Preneur d'assurance**

nom	<input type="text"/>	né(e) le	<input type="text"/>	état civil	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>	compte postal/bancaire	<input type="text"/>		
profession/ activités	<input type="text"/>	International Bank Account Number (N° IBAN)	<input type="text"/>		
rue	<input type="text"/>	banque/filiale à	<input type="text"/>		
NP/localité	<input type="text"/>	êtes-vous soumis à la TVA ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		
<input type="checkbox"/> privé	<input type="text"/>	n° TVA	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> prof.	<input type="text"/>				

**Genre d'assurance concerné par le sinistre**

- incendie (dommages causés par le feu, la foudre, les forces de la nature) points 1 - 2 - 4 - 5
- dégâts d'eau points 1 - 2 - 4 - 5
- bris de glace points 1 - 6
- vol points 1 - 3 - 4
- RC immeubles points 1 - 7 - 8

**1. → Déroulement du sinistre**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	lieu	<input type="text"/>
rue	<input type="text"/>		
NP/localité	<input type="text"/>		
Une constatation officielle a-t-elle eu lieu ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non →	si oui, par qui ?	<input type="text"/>

**1. → Circonstances** (à remplir même si un rapport de police a été établi)



existe-t-il d'autres assurances couvrant ce sinistre ?  Oui  Non

société	<input type="text"/>
n° de police	<input type="text"/>





2. →

**Questions concernant les assurances incendie (feu, foudre, force de la nature) et dégâts d'eau**

quelles mesures de sauvetage ont déjà été prises?

où peut-on examiner les objets endommagés?

quelqu'un est-il responsable de ce sinistre ?  oui  non

↳ qui ?

3. →

**Questions concernant l'assurance vol**

les objets volés étaient-ils  oui  non  
conservés sous clés?

si oui, description du contenant

comment le voleur s'est-il introduit sur les lieux?

4. →

**Dommages au bâtiment**

étage	pièce	nature du dommage, réparations nécessaires	coût réparation CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

les réparations ont-elles déjà été commandées?  oui  non

**nom et adresse du réparateur**

nom

prénom

rue

NP/localité

prof.

fax

**nom et adresse du propriétaire du bâtiment**

nom

prénom

rue

NP/localité

prof.

fax

4. →

**Inventaire du dommage objets mobiliers** (ustensiles, matériaux, etc)

merci de joindre quittances, garanties, justificatifs de valeur, photos, etc.

nombre	objet (marque, modèle)	date d'achat	prix d'achat CHF	lieu d'achat	montant du dommage CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**nom et adresse du propriétaire des choses endommagées** (réserve de propriété, etc)

nom  NP/localité

prénom

rue

fax



COMMERCE, BATIMENTS, RC IMMEUBLES / 2008



5. → **Perte du revenu locatif**

Avez-vous subi une perte de revenu locatif suite à ce sinistre ?  oui  non

Une telle perte est-elle couverte ?  oui  non

↓  
si oui, auprès de quelle société?

société

n° de police

6. → **Inventory du dommage de l'assurance bris de glace**

nombre	désignation exacte des objets endommagés (p.ex. devanture, verre isolant, etc.)	hauteur cm	largeur cm	montant du dommage CHF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

les réparations ont-elles déjà été commandées?  oui  non

**nom et adresse du réparateur**

nom

prénom

rue

NP/localité

fax

**nom et adresse du propriétaire des glaces endommagées**

nom

prénom

rue

NP/localité

fax

7. → **Questions concernant l'assurance RC immeuble**

Avez-vous une assurance de protection juridique ?  oui  non

↓  
si oui, auprès de quelle société?

société

n° de police

explication sur l'origine du dommage

**personne ayant provoqué le sinistre**

nom

prénom

rue

NP/localité

fax

degré de parenté avec le preneur d'assurance

position dans l'entreprise du preneur d'assurance

- cause du dommage  faute de l'auteur du dommage  
 faute du lésé  
 installations défectueuses, etc..

Les lésés sont-ils parents avec l'auteur du dommage?  oui  non

↓  
à quel degré ?

les lésés sont ils à votre service ou au service de l'auteur du dommage ?  oui  non

↓  
en quelle qualité?





8. → **Lésions corporelles ou décès de personnes**

**A**

nom, prénom	<input type="text"/>	né(e) le	<input type="text"/>	état civil	<input type="text"/>
rue	<input type="text"/>	employeur	<input type="text"/>		
NP/localité	<input type="text"/>				
profession	<input type="text"/>				
nom et adresse du médecin traitant, respectivement de l'hôpital	<input type="text"/>				
quelles sont les lésions?					
<input type="text"/>					

**B**

nom, prénom	<input type="text"/>	né(e) le	<input type="text"/>	état civil	<input type="text"/>
rue	<input type="text"/>	employeur	<input type="text"/>		
NP/localité	<input type="text"/>				
profession	<input type="text"/>				
nom et adresse du médecin traitant, respectivement de l'hôpital	<input type="text"/>				
quelles sont les lésions?					
<input type="text"/>					

la personne blessée est-elle assurée en cas d'accident?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	si oui, auprès de quelle société/caisse maladie?
		<b>A</b> <input type="text"/>
		<b>B</b> <input type="text"/>

8. → **Dégâts matériels ou destruction de choses appartenant à autrui (animaux compris)**

**A**

objet A	<input type="text"/>	où se trouve-t-il?	<input type="text"/>
nature du dommage	<input type="text"/>	montant du dommage CHF	<input type="text"/>
nom et prénom du propriétaire	<input type="text"/>	assuré auprès de quelle compagnie ?	<input type="text"/>
rue	<input type="text"/>	soumis à la TVA? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
NP/localité	<input type="text"/>	n° TVA	<input type="text"/>

**B**

objet B	<input type="text"/>	où se trouve-t-il?	<input type="text"/>
nature du dommage	<input type="text"/>	montant du dommage CHF	<input type="text"/>
nom et prénom du propriétaire	<input type="text"/>	assuré auprès de quelle compagnie ?	<input type="text"/>
rue	<input type="text"/>	soumis à la TVA? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
NP/localité	<input type="text"/>	n° TVA	<input type="text"/>

les lésés sont-ils parents du détenteur?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
à quel degré?	<input type="text"/>





Le/la soussigné(e) autorisent la compagnie d'assurance, d'une part, à transmettre et à utiliser les données nécessaires au traitement du sinistre et, d'autre part, à se procurer les renseignements indispensables auprès des personnes tierces. Si besoin, les données seront communiquées à des tiers concernés, particulièrement aux co-assureurs, aux réassureurs et aux autres assureurs ou créancier gagistes intéressés. En outre, des informations peuvent être livrées à des tiers responsables et à leur assureur en responsabilité civile pour l'exécution des prétentions récursoires. De la même manière, la compagnie d'assurance 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 compagnie d'assurance s'engage à traiter les informations recueillies en toute confidentialité.

.....  
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**

