

## Déclaration de sinistre – Responsabilité civile

Compagnie d'assurance

N° de police

N° de sinistre

Genre d'assurance concerné par le sinistre :			
Preneur d'assurance :			
Adresse :			
Mobile :		Tél. professionnel :	
Fax :		e-Mail :	
Interlocuteur :		N° TVA :	
<b>Compte pour le paiement des indemnités</b>			
Nom prénom :		Adresse :	
Nom de la banque :		Adresse de la banque:	
Compte bancaire :		N° de CCP :	
Clearing :		IBAN :	
Compagnie :		BIC :	
Autre assurance concerné par le sinistre ?		Oui	Non
<b>Si oui :</b>	Compagnie :		N° de Police :
<b>Circonstances du sinistre</b>			
Date et Heure :		Rapport de police :	
constaté le :		Plainte déposée par :	
Rue :		Date de la plainte :	
N° postal / Localité :		Poste de police :	
Etage / local :		Agent de police :	
		N° de Téléphone :	
Montant estimé du sinistre :			
<b>Déroulement</b>			
Merci de bien vouloir remplir même si un rapport de police existe et joindre des photos, esquisses, etc.			
<b>Auteur du sinistre</b>			
Nom prénom :		Rue :	
Profession :		N° postal / Localité :	
Date de naissance :			
Cette personne a-t-elle des liens de parenté avec le preneur d'assurance ?			
Si oui :	Lesquels ?		
Cette personne est-elle employée par le preneur d'assurance ?			
Si oui :	En quelle qualité ?		
<b>Causes du sinistre (A quelle cause le sinistre doit-il être attribué ?)</b>			
Une faute de votre part, d'un membre de votre famille ou d'un employé ?			
Si Oui :		Motif :	
Nom prénom :		Adresse :	
Une défectuosité du matériel ou des installations ?			
Si Oui :	Lesquels ?		
Une faute ou une faute concomitante du lésé ou d'un tiers ?			
Si Oui :		Motif :	
Nom prénom :		Adresse :	

<b>Témoins</b>			
Nom prénom :		Adresse :	
		Téléphone :	
<b>Lésions corporelles ou décès</b>			
Nom prénom :		Rue :	
Date de naissance :		N° postal / Localité :	
Profession :		Employeur :	
Compagnie d'assurance :		Téléphone :	
En quoi consistent les blessures ?		Nom et adresse du médecin traitant ou de l'hôpital :	
Le blessé est-il assuré contre les accidents ?		Oui	Non
Si oui, auprès de quelle assureur privé / SUVA / caisse-maladie :			
Le blessé est-il assuré contre les accidents ?		Oui	Non
Si oui, auprès de quelle assureur privé / SUVA / caisse-maladie :			
Le blessé est-il assuré contre les accidents ?		Oui	Non
Si oui, auprès de quelle assureur privé / SUVA / caisse-maladie :			
<b>Domages ou destruction de choses ou d'animaux appartenant à des tiers</b>			
Quelles choses ont été endommagées ? (pour des véhicules, indiquer la marque et le N° des plaques de contrôle)			
Montant approximatif du dommage :		Objet assuré auprès de quelle Compagnie ?	
Nom, prénom du propriétaire :		Adresse du propriétaire :	
Age / Année :		N° de téléphone :	
En quoi consiste le dommage ?		Emplacement de l'objet endommagé :	
<b>Questions complémentaires</b>			
Le lésé est-il votre employé ?			
Si Oui :	En quelle qualité ?		
Etes-vous employé par le lésé ?			
Si Oui :	En quelle qualité ?		
Le sinistre s'est-il produit lors du travail dans un consortium d'entrepreneurs ?			
Si Oui :	Nom du consortium :		
Le lésé a-t-il déjà formulé des prétentions ?			
Si Oui :	montant des prétentions :		
<b>Remarques complémentaires</b>			

### Autorisation

Le/la soussigné(e) autorise la compagnie d'assurance à demander tous les renseignements concernant le sinistre auprès des assurés ou de tiers et à consulter les documents officiels et judiciaires concernant le sinistre. La compagnie d'assurance est en outre autorisée à transmettre les données en rapport avec le sinistre à des institutions officielles ou judiciaires et à d'autres compagnies d'assurances (co-assureur ou réassureur) en Suisse et à l'étranger. Le/la soussigné(e) est prié(e) de s'abstenir d'accepter toute prétention de responsabilité avant de contacter la compagnie d'assurance.

Lieu et date    Signature / Timbre du preneur d'assurance

Merci de bien vouloir envoyer / faxer cette déclaration de sinistre dûment complétée et signée à :

first partner Sarl  
Rue du Rhône, 118  
1204 Genève

e-mail : sinistre@first-partner.ch  
Téléphone: 0041(0)22 808 02 00  
Fax: 0041(0)22 808 02 04