

Déclaration de sinistre

Incendie, événements naturels, vol, dégâts d'eau et bris de glace

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Les réponses aux questions doivent être complètes et le formulaire doit être renvoyé immédiatement dûment signé à l'adresse indiquée à la fin du document. La Serviceline de la CSS 0844 277 277 répond volontiers à vos questions. Merci beaucoup.



Police n°

1 Branches choses

- Incendie
 Evénements naturels
 Vol
 Dégâts d'eau
 Bris de glace

2 Renseignements généraux

2.1 Personne assurée

Prénom Nom Date de naissance

Rue, n° NPA, lieu

2.2 Contact

Téléphone privé Portable Téléphone professionnel

A quelle heure est-il possible de vous joindre? E-mail

Où? Privé Portable Professionnel

3 Indications sur le sinistre

3.1 Date/lieu du sinistre

Date Heure

Rue, n° NPA, lieu

3.2 Propriétaire des objets volés/endommagés

Prénom Nom

Rue, n° NPA, lieu

3.3 Cause du sinistre/déroulement des faits

3.4 A quel montant estimez-vous le sinistre?

CHF

3.5 Qui a causé le sinistre?

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA, lieu

3.6 Existe-t-il une assurance responsabilité civile?

Oui Non

Si oui, auprès de quelle compagnie d'assurance?

Nom de la compagnie d'assurance

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

Rue, n°

NPA, lieu

3.7 Objets

Objet

Acheté chez

Date d'achat

Valeur de remplacement /
Frais de réparation

Selon liste séparée

4 Annonce à la police

4.1 Dénonciateur

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA, lieu

Date de l'annonce

Poste de police

Agent de police

5 Paiement à

5.1 Nom et adresse du destinataire

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA, lieu

5.2 Compte du destinataire

Compte postal

N° de compte

Compte bancaire

N° de compte

N° IBAN

Nom de la banque

6.1 Il existe encore une autre assurance pour le sinistre susmentionné Oui Non

Si oui, laquelle?

Casco partielle/complète Assurance vol/objets de valeur Autre assurance

Nom de l'assurance casco partielle/complète

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

Rue, n°

NPA, lieu

Nom de l'assurance vol/objets de valeur

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

Rue, n°

NPA, lieu

Nom de l'autre assurance

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

Rue, n°

NPA, lieu

Je ne sais pas s'il existe une autre assurance pour le sinistre susmentionné

Il n'existe aucune autre assurance

Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Par la signature de ce formulaire, la CSS Assurance est autorisée, en tout temps, à communiquer à des médecins ou autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et aux autorités ou à leurs médecins de sociétés ou médecins-conseils, des renseignements, dans le respect des dispositions légales sur la protection des données, ou bien à recueillir auprès de ceux-ci les renseignements nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance. Les instances impliquées sont, dans ces cas-là, déliées de leur obligation de garder le secret et de leur secret professionnel vis-à-vis de la CSS Assurance.

La personne soussignée a le droit de demander des renseignements au sujet du traitement des données qui la concernent. L'autorisation de traiter les données peut être révoquée en tout temps.

Entité juridique pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA, entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal