

# Déclaration de sinistre

## Responsabilité civile privée et bâtiment

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 Renseignements généraux

#### 1.1 Personne assurée

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### 1.2 Contact

Téléphone privé	Portable	Téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A quelle heure est-il possible de vous joindre?	E-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Où?	<input type="checkbox"/> Privé	<input type="checkbox"/> Portable
	<input type="checkbox"/> Professionnel	

### 2 Indications sur le sinistre

#### 2.1 Date/lieu du sinistre

Date	Heure
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 2.2 Cause du sinistre/déroulement des faits

  
  
  
  


#### 2.3 Qui a causé le sinistre?

Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Téléphone privé	Portable	Téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A quelle heure est-il possible de vous joindre?	Où? <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Professionnel	E-mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Profession	Employeur	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>2.4 Une autre personne est-elle également fautive?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, laquelle?		
Prénom	Nom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue, n°	NPA, lieu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 3 Annonce à la police

#### 3.1 Dénonciateur

Prénom	Nom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue, n°	NPA, lieu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Date de l'annonce	Poste de police	Agent de police
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 3.2 Rapport de police Oui Non

#### 3.3 1<sup>er</sup> témoin

Prénom	Nom	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

#### 3.4 2<sup>e</sup> témoin

Prénom	Nom	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### 4 Dégâts causés à des tiers

#### 4.1 1<sup>ère</sup> personne lésée

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, n°	NPA, lieu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Téléphone privé	Portable	Téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
A quelle heure est-il possible de vous joindre?	Où? <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Professionnel	E-mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>

## Dégât

Genre de dégât

Age de l'objet

Lieu d'inspection

Montant du dommage

Existe-t-il d'autres assurances pour les objets mentionnés ci-dessus?

Casco partielle

Casco complète

Incendie

Vol

Bris de glace

Dégâts d'eau

Objets de valeur

Responsabilité civile

Autres, lesquelles

Auprès de quelle compagnie d'assurance?

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

Le cas a-t-il été annoncé auprès de cette compagnie?

Oui  Non

Auprès de quelle compagnie d'assurance ?

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

Le cas a-t-il été annoncé auprès de cette compagnie?

Oui  Non

## 4.2 2<sup>e</sup> personne lésée

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, n°

NPA, lieu

Téléphone privé

Portable

Téléphone professionnel

A quelle heure est-il possible de vous joindre?

Où?

Privé

Portable

Professionnel

E-mail

## Dégât

Genre de dégât

Age de l'objet

Lieu d'inspection

Montant du dommage

Existe-t-il d'autres assurances pour les objets mentionnés ci-dessus?

Casco partielle

Casco complète

Incendie

Vol

Bris de glace

Dégâts d'eau

Objets de valeur

Responsabilité civile

Autres, lesquelles

Auprès de quelle compagnie d'assurance?

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

Le cas a-t-il été annoncé auprès de cette compagnie?

Oui  Non

Auprès de quelle compagnie d'assurance?

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

Le cas a-t-il été annoncé auprès de cette compagnie?

Oui  Non

## 5 Dégâts locataires

### 5.1 Durée de la location (veuillez joindre l'état des lieux d'entrée et de sortie)

Date du début de la location

Date de fin de la location

Date de la dernière rénovation

6.1 1<sup>ère</sup> personne blessée

Prénom	Nom	Date de naissance

Rue, n°	NPA, lieu

Profession	Employeur

**Blessure**

Genre de blessure

**Médecin traitant/hôpital**

Prénom	Nom

Hôpital

Rue, n°	NPA, lieu

**Auprès de quelle compagnie la personne blessée est-elle assurée contre les accidents?**

Nom de la compagnie d'assurance	N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

Rue, n°	NPA, lieu

6.2 2<sup>e</sup> personne blessée

Prénom	Nom	Date de naissance

Rue, n°	NPA, lieu

Profession	Employeur

**Blessure**

Genre de blessure

**Médecin traitant/hôpital**

Prénom	Nom

Hôpital

Rue, n°	NPA, lieu

**Auprès de quelle compagnie la personne blessée est-elle assurée contre les accidents?**

Nom de la compagnie d'assurance	N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

Rue, n°	NPA, lieu

## 7 Réclamation d'indemnités

7.1 Des indemnités vous ont-elles été réclamées?  Oui  Non

Si oui, par qui?

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA, lieu

## 8 Question complémentaire

8.1 Vivez-vous en ménage commun avec la personne lésée?  Oui  Non

8.2 Avez-vous un lien de parenté avec la personne lésée?  Oui  Non

## 9 Paiement à

9.1 Nom et adresse du destinataire

Prénom

Nom

Rue, n°

NPA, lieu

9.2 Compte du destinataire

Compte postal

Compte bancaire

N° de compte

N° de compte

N° IBAN

Nom de la banque

## 10 Confirmation

10.1 J'ai/nous avons une assurance protection juridique  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

# Remarques

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

Sans autorisation de la CSS Assurance, la personne assurée ne doit reconnaître aucune prétention.

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