



CSS

Assurance

Déclaration de sinistre

Inventaire du ménage/Bâtiments

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. Le Contact Center 0844 277 888 répond volontiers à vos questions. Merci beaucoup.

Numéro client

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2.2 Contact

Téléphone privé	Mobile	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"/>	Où? <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Professionnel	<input type="text"/>

3 Indications sur le sinistre

3.1 Date/lieu du sinistre

Date	Heure
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 Propriétaire des objets volés/endommagés

Prénom	Nom
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.3 Cause/Déroulement

--

3.4 A quel montant estimez-vous le sinistre?

CHF

--

3.5 Qui a causé le sinistre?

Prénom

--

Nom

--

Rue, N°

--

NPA/Localité

--

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)

--

3.7 Objets

Choses endommagées ou volées (joindre s.v.p. original justificatifs achat)

Objet	Acheté chez	Date d'achat	Valeur de remplacement / Frais de réparation

Selon liste séparée

3.8 Dommages aux bâtiments

Parties intégrantes du bâtiment concerné

--

Entreprise de réparation/adresse/n° télé.

--

Estimation montant du dommage/Offres

--

--

--

--

--

--

--

Selon liste séparée

Année construction bâtiment

--

3.9 Vélo (veuillez joindre original justificatifs achat)

Vélo homme/femme

Vélo enfant

Le vélo était-il fermé? Oui Non

Marque

Type

Numéro cadre

Nombre vitesses

Année d'achat

Prix d'achat actuel

4 Déclaration de police

4.1 Dénonciateur

Prénom

Nom

Rue, N°

NPA/Localité

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/Localité

5.2 Compte du destinataire

IBAN

Nom de l'institut financier

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6 Indications complémentaires (remplir dans chaque cas)

6.1 Existe-t-il d'autres assurances pour les choses susmentionnées?

Oui Non

Casco partielle/complète

Compagnie d'assurance

Police N°

Ménage

Objets de valeur

Bâtiments

Autres

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

Envoyer à:
CSS Assurance
Centre de compétence Ass. spéciales
Case postale 2568
6002 Lucerne