



CSS

Assurance

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

Numéro client

1 Renseignements généraux

1.1 Personne assurée

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, N°

NPA/Localité

1.2 Contact

Téléphone privé

Mobile

Téléphone professionnel

A quelle heure est-il possible de vous joindre?

E-mail

Où?

Privée

Mobile

Professionnel

2 Indications sur le sinistre

2.1 Date/lieu du sinistre

Date

Heure

Rue, N°

NPA/Localité

2.2 Cause du sinistre / déroulement des faits

2.3 Qui a causé le sinistre?

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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"/>	<input type="text"/>	
Où? <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Professionnel		
Profession	Employeur	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2.4 Une autre personne est-elle également fautive?

Oui Non

Si oui, laquelle?

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

3 Déclaration de police

3.1 Dénonciateur

Prénom	Nom	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Rue, N°	NPA/Localité	
<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^{er} témoin

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

Merci de noter les autres témoins sur une feuille séparée.

4 Dégâts causés à des tiers

4.1 Personne lésée (Propriétaire objet/bâtiment)

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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"/>	<input type="text"/>	
Où? <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Professionnel		

Dégât

Genre de dégât

Age de l'objet	Lieu d'inspection	Montant du dommage
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

<input type="checkbox"/> Casco partielle	<input type="checkbox"/> Casco complète	<input type="checkbox"/> Incendie	<input type="checkbox"/> Vol
<input type="checkbox"/> Bris de glace	<input type="checkbox"/> Dégâts d'eau	<input type="checkbox"/> Objets de valeur	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile
<input type="checkbox"/> Autres, lesquelles	<input type="text"/>		

Auprès de quelle compagnie d'assurance?	N° police/N° dommage	Le cas a-t-il été annoncé auprès de cette compagnie?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Auprès de quelle compagnie d'assurance?	N° police/N° dommage	Le cas a-t-il été annoncé auprès de cette compagnie?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Merci de noter les autres personnes lésées sur une feuille séparée.

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 Personnes blessées

6.1 Personne blessée

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue, N°	NPA/Localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
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"/>	<input type="text"/>	
Où? <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Professionnel		

Profession	Employeur
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Blessure

Genre de blessure

Médecin traitant / hôpital

Prénom

Nom

Hôpital

Rue, N°

NPA/Localité

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

Nom de la compagnie d'assurance

N° police/N° dommage

Merci de noter les autres personnes blessées sur une feuille séparée.

7 Réclamation d'indemnités

7.1 Des indemnités vous ont-elles été réclamées?

Oui Non

Si oui, par qui?

Prénom

Nom

Rue, N°

NPA/Localité

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/Localité

9.2 Compte du destinataire

IBAN

Nom de l'institut financier

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° police/N° dommage

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

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