



**Assurance-ménage Directa**  
**Avis de sinistre Assurance-responsabilité civile privée**

**Laisser en blanc**

Police n° \_\_\_\_\_

Sinistre n° \_\_\_\_\_

Rückstellung: \_\_\_\_\_ SB: \_\_\_\_\_

Schadenort: \_\_\_\_\_ Ursache: \_\_\_\_\_

Art: \_\_\_\_\_ Pool: \_\_\_\_\_

Datum/Visum: \_\_\_\_\_

**Preneur d'assurance**

Nom/Prénom/Profession \_\_\_\_\_

Adresse/NPA/Lieu \_\_\_\_\_

Compte postal/Compte bancaire \_\_\_\_\_

Téléphone professionnel \_\_\_\_\_ Téléphone privé \_\_\_\_\_

**1. Date du sinistre** \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

Lieu du sinistre (Adresse/NPA/Lieu) \_\_\_\_\_

**2. Cause du sinistre (description du déroulement et des circonstances précises; joindre éventuellement croquis et photos)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Qui a causé le sinistre?**

Nom/Prénom/Profession \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse/NPA/Lieu \_\_\_\_\_ Téléphone n° \_\_\_\_\_

Cette personne est-elle parente avec le preneur d'assurance?  oui  non Degré de parenté \_\_\_\_\_

Cette personne est-elle au service du preneur d'assurance?  oui  non En quelle qualité? \_\_\_\_\_

Cette personne vit-elle en communauté domestique avec le preneur d'assurance?  oui  non

**4. Est-ce qu'un constat officiel a été établi?**  oui  non

Poste de police/Bureau officiel \_\_\_\_\_

5. Lésés	1 <sup>er</sup> lésé	2 <sup>e</sup> lésé
Nom/Prénom	_____	_____
Profession	_____	_____
Adresse	_____	_____
NPA/Lieu	_____	_____
Téléphone n°	_____	_____
Etat civil/Date de naissance	_____	_____
Compte postal/Compte bancaire	_____	_____

Veuillez renvoyer cet avis de sinistre, dûment rempli, à l'adresse susmentionnée. Merci. Les cas graves doivent nous être signalés immédiatement par téléphone.

## 6. Dommages matériels

Objets endommagés	_____	_____
- genre de dommage	_____	_____
(description exacte avec indication de l'âge de l'objet et de son prix d'achat; joindre les quittances)	_____	_____
	_____	_____
Coût du dommage environ CHF	_____	_____
Réparation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Coût	_____	_____
Où l'objet peut-il être examiné? /	_____	_____
Entreprise chargée de la réparation?	_____	_____
Les objets sont-ils assurés? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	_____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Aupres de quelle compagnie? Comment?	_____	_____

## 7. Dommages corporels

Genre de blessure	_____	_____
Nom/adresse du médecin/de l'hôpital	_____	_____
	_____	_____
CNA/Assurance-accident	_____	_____
Assurance-maladie/Caisse-maladie	_____	_____
Nom/Adresse de l'employeur	_____	_____

## 8. Témoins

	1 <sup>er</sup> témoin	2 <sup>e</sup> témoin
Nom/Prénom/Adresse/NPA/Lieu	_____	_____
	_____	_____
Téléphone n°	_____	_____

## 9. Votre avis sur la cause du sinistre

9.1 S'agit-il d'une faute de votre part, d'un membre de votre famille ou d'un employé?  oui  non  
Raison \_\_\_\_\_

9.2 S'agit-il d'une défectuosité du matériel ou de l'installation?  oui  non  
Raison \_\_\_\_\_  
Nom/Prénom/adresse du responsable \_\_\_\_\_

9.3 Est-ce le lésé ou un tiers qui est responsable?  oui  non  
Raison \_\_\_\_\_  
Nom/Prénom/adresse de cette personne \_\_\_\_\_

## 10. Questions complémentaires

10.1 Les lésés sont-ils parents avec le preneur d'assurance ou avec la personne qui a causé le dommage?  
 oui  non Degré de parenté \_\_\_\_\_

10.2 Les lésés étaient-ils au service du preneur d'assurance ou de la personne qui a causé le dommage?  
 oui  non En quelle qualité? \_\_\_\_\_

10.3 Les lésés vivent-ils en communauté domestique avec le preneur d'assurance?  oui  non

10.4 Est-ce que des demandes d'indemnités ont déjà été présentées?  
 oui  non Lesquelles \_\_\_\_\_

## Remarques

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La Visana Services SA est en droit de prendre connaissance de tous les documents (tels que p. ex. les actes judiciaires, les dossiers médicaux) relatifs au présent sinistre. Par sa signature, le preneur d'assurance certifie l'authenticité des indications précitées.

Date \_\_\_\_\_ Signature du preneur d'assurance \_\_\_\_\_

## Laisser en blanc

Datum	Bemerkungen / Abklärungen mit VersicherungsnehmerIn / mit Geschädigten
_____	_____
_____	_____