



**AVIS DE SINISTRE
ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE PRIVEE DIRECTA**

Veillez laisser vide

Rückstellung: SB:

Schadenort: Ursach:

Art: Pool:

Datum / Visum:

N° de police:

N° de sinistre:

Personne assurée

Nom/Prénom: Profession:

Adresse: NPA / Localité:

N° de téléphone durant la journée: N° de tél. privé:

Adresse électronique:

Compte postal/bancaire:.....

1. Date du sinistre Heure

Lieu du sinistre (adresse/NPA/Lieu/Localité)
.....
.....

2. Cause du sinistre (déroulement et faits précis, éventuellement joindre une esquisse et des photos)
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Qui a causé le sinistre?

3.1 Nom/prénom: Profession:

Date de naissance: N° de tél.:

Adresse: NPA / Localité:

3.2 La personne est-elle apparentée à la personne assurée? oui non

Degré de parenté

3.3 La personne est-elle employée auprès de la personne assurée? oui non

Rapport professionnel

3.4 La personne vit-elle dans le même ménage que la personne assurée? oui non



**AVIS DE SINISTRE
ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE PRIVEE DIRECTA**

4. Un constat officiel a-t-il été effectué?

oui non

Poste de police/Service officiel:

5. Personnes lésées

	1 ^{re} personne lésée	2 ^e personne lésée
Nom/prénom		
Profession		
Adresse		
NPA/localité		
N° de téléphone		
Adresse électronique		
Etat civil		
Date de naissance		
Compte postal/bancaire		

6. Dommages matériels

Objets endommagés		
- type du dommage		
(description précise), y compris		
indication de l'âge et du prix		
d'achat;		
joindre quittance)		
Montant approximatif du sinistre en francs		
Réparation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non; coûts		
Lieu d'inspection/Entreprise de réparation		
Les objets sont-ils assurés? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Auprès de quelle entreprise? Comment?		

7. Dommages causés à des personnes

Type de lésion		
Nom/adresse du médecin/ de l'hôpital		
SUVA/assurance-accidents		
Assurance-maladie		
Nom/adresse de l'employeur		



AVIS DE SINISTRE
ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE PRIVEE DIRECTA

8. Témoins

	1 ^{er} témoin	2 ^e témoin
Nom/prénom		
Adresse / NPA / lieu		
N° de téléphone durant la journée		

9. Votre point de vue quant au motif du sinistre

9.1 Faute de votre part, d'un membre de votre famille ou d'une personne employée? oui non

Motif:

9.2 Matériel défectueux ou installation défectueuse? oui non

Motif:

9.3 La personne lésée ou une tierce personne est-elle responsable? oui non

Motif:

Nom, prénom et adresse de cette personne:

.....

10. Questions supplémentaires

Les personnes lésées sont-elles apparentées avec la personne assurée ou avec la personne qui a causé le sinistre? oui non Degré de parenté:

Les personnes lésées étaient-elles employées auprès de la personne assurée ou de la personne ayant causé le sinistre? oui non Rapport professionnel:

Les personnes lésées vivent-elles dans le même ménage que la personne assurée? oui non

Quelqu'un a-t-il déjà fait valoir des droits? oui non Lesquels:

11. Remarques

.....

.....

.....

Visana Assurances SA est autorisée à consulter tous les dossiers concernant ce cas de sinistre (y compris les dossiers pénaux, médicaux, etc.). Par sa signature, la personne assurée confirme la véracité des indications présentes. Par votre signature, vous autorisez Visana Assurances SA à se procurer, auprès d'autres assureurs, tous les renseignements relatifs aux contrats d'assurance ayant existé ou existants ainsi qu'aux sinistres qui ont été annoncés.

Veillez renvoyer l'avis de sinistre dûment rempli à l'adresse ci-dessous. Pour les cas graves, nous vous prions de nous téléphoner dans les plus brefs délais.

Lieu et date

Signature de la personne assurée