

Déclaration de sinistre responsabilité civile

1. Indications concernant le preneur d'assurance

Numéro de sinistre	
Contrat d'assurance	
Prénom, nom / entreprise	
Adresse	
NPA, localité	
Numéro de téléphone et email	
Profession / Activité	
Numéro CCP ou IBAN	
Nom et adresse du détenteur du compte	

2. Circonstances du sinistre

2.1 Date et heure	
2.2 Lieu et rue	
2.3 Rapport de police	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, par quel poste de police?	
2.4 Avez-vous annoncé le cas à votre assurance de protection juridique?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si oui, auprès de quelle compagnie?	
2.5 Circonstances (veuillez s'il vous plaît utiliser le verso pour un croquis de l'accident)	
2.6 Témoins (nom, prénom, adresse)	
Numéro de téléphone	

3. Auteur du sinistre

3.1 Prénom, nom / entreprise	
3.2 Date de naissance	
3.3 Profession	
3.4 Adresse	
NPA, localité	

Déclaration de sinistre responsabilité civile

Numéro de sinistre:

Contrat d'assurance:

3.5	Cette personne est-elle en parenté avec le PA?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	Si oui, à quel degré?		
3.6	Cette personne est-elle employée par le PA?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	Si oui, en quelle qualité?		

4. A quelle cause le sinistre doit-il être attribué?

4.1	Une faute de votre part, d'un membre de votre famille ou d'un employé?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	Si oui, motif?		
4.2	Une défectuosité du matériel ou des installations?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	Si oui, motif?		
4.3	Une faute du lésé ou d'un tiers?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	Si oui, motif?		
4.4	Nom, prénom et adresse de cette personne		

5. Lésions corporelles ou décès de personnes**Personne 1****Personne 2**

5.1	Prénom, nom		
5.2	Date de naissance		
5.3	Adresse NPA, localité		
5.4	Numéro de téléphone		
5.5	En quoi consistent les blessures?		
5.6	Nom et adresse du médecin traitant ou de l'hôpital		

6. Dommages à des choses ou des animaux appartenant à des tiers**Indications 1****Indications 2**

6.1	Quelles choses ont été endommagées (pour des véhicules, indiquer la marque et le no des plaques de contrôle)?		
6.2	Age		
6.3	En quoi consiste le dommage?		
6.4	Nom, prénom, adresse du propriétaire		
6.5	Emplacement / atelier de réparation		
6.6	Estimation du dommage CHF		

7. Questions complémentaires

7.1	Le lésé est-il de votre parenté?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	Si oui, à quel degré?		
7.2	Le lésé est-il votre employé?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	Si oui, en quelle qualité?		
7.3	Etes-vous employé par le lésé?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	Si oui, en quelle qualité?		
7.4	Le lésé fait-il ménage commun avec vous?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
7.5	Le lésé a-t-il déjà formulé des prétentions?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non
	Si oui, de quel montant? CHF		

8. Remarques

Le/la soussigné(e) autorise la Bâloise Assurance SA [Bâloise Vie SA] (ci-après «la Bâloise») à utiliser les données le/la concernant, dans le cadre de l'examen et du traitement du présent cas d'assurance. La Bâloise peut notamment:

- transmettre des données à des tiers concernés en Suisse ou à l'étranger (p.ex. coassureur, réassureur, Case Manager);
- exercer un recours éventuel contre un tiers responsable (p.ex. assureur responsabilité civile) et communiquer à ce dernier les données nécessaires;
- se procurer toute information utile auprès des fournisseurs de prestations médicales (médecins, chiropraticiens, psychologues, personnes prodiguant des soins sur prescription ou sur mandat médical, laboratoires, hôpitaux, institutions de soins semi-stationnaires ou ambulatoires, hospices), des assureurs sociaux (AVS, AI, LAA, LAMal) et privés, des institutions de prévoyance, des autorités, du ou des employeurs, des témoins ainsi que de toute autre personne susceptible de fournir des renseignements, et consulter leurs dossiers.

Le/la soussignée(e) autorise les personnes et institutions concernées à transmettre à la Bâloise (Service médical), sur simple demande de la part de celle-ci, les données nécessaires à l'examen et au traitement du cas d'assurance. Il/elle les libère à cet effet de leur obligation de confidentialité. Le/la soussigné(e) libère également la Bâloise de son obligation de confidentialité pour les données que celle-ci pourrait être amenée à communiquer à des tiers dans le cadre du règlement du cas d'assurance.

Lieu, date	
Signature du preneur d'assurance	