

# Déclaration de sinistre

## Responsabilité civile privée et bâtiment

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par son représentant légal. Sur [css.ch/civileprivee](http://css.ch/civileprivee), vous trouverez toutes les informations sur le produit ainsi que le formulaire nécessaire. Nous vous prions de compléter le formulaire et de nous le faire parvenir dans les meilleurs délais à l'adresse indiquée à la dernière page du formulaire en question. Sans vos informations, nous ne pouvons pas vérifier votre droit aux prestations. Nous vous remercions de votre coopération. Avez-vous des questions? Notre Centre de service-clientèle 0844 277 888 se fera un plaisir de vous répondre.

Numéro client

### 1 Renseignements généraux

#### 1.1 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"/>	

#### 1.2 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"/>	<input type="text"/>	
Où?	<input type="checkbox"/> Privée	<input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Professionnel

### 2 Indications sur le sinistre

#### 2.1 Date/lieu du sinistre

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

#### 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?	Où? <input type="checkbox"/> Privée <input type="checkbox"/> Mobile <input type="checkbox"/> Professionnel	E-mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>
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<sup>er</sup> 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/Biens endommagés

Genre de dégât			
<input type="text"/>			
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		
<input type="text"/>		

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, la personne assurée ne doit reconnaître aucune prétention.

Les données que vous nous communiquez ou que nous recevons de la part de tiers avec votre consentement sont traitées par la CSS Assurance SA pour le règlement des sinistres, dans la mesure exclusive où cela est nécessaire. Vous acceptez que ces données soient transmises pour traitement aux sociétés du Groupe CSS impliquées dans le règlement du sinistre, aux coassureurs et réassureurs, aux autorités et à d'autres tiers en Suisse et à l'étranger, ou qu'elles nous soient fournies par ceux-ci, dans la mesure où cela est nécessaire. Les données sont traitées au format électronique ou sur papier. Elles sont conservées aussi longtemps que nécessaire à la gestion des affaires ou pour la durée prescrite par la loi.

Par la signature de ce formulaire, la CSS 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.

Vous trouverez d'autres explications concernant le traitement de vos données dans la déclaration de protection des données de la CSS Assurance SA sur [css.ch](http://css.ch).

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 SA  
Centre de compétence Ass. spéciales  
Case postale 2568  
6002 Lucerne