

Déclaration de sinistre

Autres assurances

Type d'assurance

Quel type d'assurance votre déclaration concerne-t-elle?

N° de police

Indications sur le preneur d'assurance

Appellation Madame Monsieur Entreprise

Nom*

Téléphone mobile*

Prénom*

Téléphone privé

Entreprise*

Téléphone prof.

Rue / N°.*

E-Mail

NPA / Localité*

* A remplir obligatoirement

Indications sur la référence bancaire

Bénéficiaire

Banque/
N° de compte

Poste / N° de compte

N° IBAN

Indications sur la personne annonçant le sinistre

Qui a annoncé le sinistre? Preneur d'assurance Partie lésée Autre personne

Appellation Madame Monsieur Entreprise

Nom

Téléphone mobile

Prénom

Téléphone privé

Entreprise

Téléphone prof.

Indications sur le sinistre

Date

Localité / Pays

Heure

Rue / N°

Déroulement du sinistre

Existe-t-il un rapport de police? oui non

Si oui, établi par?

N° de téléphone

Indications sur le responsable du sinistre

Qui est responsable du sinistre? Preneur d'assurance Autre personne

Appellation Madame Monsieur Entreprise

Nom _____ Téléphone mobile _____

Prénom _____ Téléphone privé _____

Entreprise _____ Téléphone prof. _____

Indications sur le lésé

Qui est la partie lésée? Preneur d'assurance Autre personne

Appellation Madame Monsieur Entreprise

Nom _____ Téléphone mobile _____

Prénom _____ Téléphone privé _____

Entreprise _____ Téléphone prof. _____

Indications sur les objets / bâtiments endommagés de la partie lésée

Objet(s) / bâtiment(s) endommagé(s)? (pour les véhicules automobiles, indiquer la marque/type et n° de plaques de contrôle)

Pièces justificatives à disposition? oui non

Genre de dommage

Montant du sinistre _____

Prix de l'achat _____

Date de l'achat _____

Où l'objet endommagé peut-il être examiné?

Indications sur les personnes blesséesQui a été blessé? Preneur d'assurance Autre personneAppellation Madame MonsieurNom, prénom de la
personne blessée

Date de naissance

Profession

Rue / N°

Employeur

NPA / Localité

Genre de blessures**Indications supplémentaires****Autres remarques**

Le/la soussigné(e) autorise GENERALI Assurances Générales SA à utiliser les données nécessaires au traitement du sinistre déclaré. En cas de besoin, ces informations seront transmises pour traitement à des tiers impliqués en Suisse et à l'étranger, en particulier aux coassureurs et réassureurs.

Par ailleurs, GENERALI Assurances Générales SA peut se procurer des renseignements pertinents auprès de services administratifs et de tiers, et consulter des dossiers officiels.

En cas de recours contre un tiers responsable ou son assureur en responsabilité civile, le/la soussigné(e) autorise GENERALI Assurances Générales SA à communiquer à celui-ci les données nécessaires pour la mise en application de la prétention récursoire.

L'autorisation du/de la soussigné(e) est donnée indépendamment d'une obligation de prestation de la part de la compagnie d'assurances. GENERALI Assurances Générales SA s'engage à traiter les informations reçues dans le respect de la loi sur la protection des données.

Lieu et date

Signature

Veillez s.v.p. imprimer ce questionnaire et le renvoyer dûment signé à l'adresse suivante:

GENERALI Assurances
Département Prestations
Avenue Perdtemps 23
1260 Nyon