

A compléter en cas de décès, blessures ou autre atteinte à la santé de personnes (lésions corporelles)

Nom et prénom de la personne blessée

Adresse

Date de naissance

Etat civil

Profession

Téléphone

Employeur

Genre de blessures

Degré de gravité

légère moyenne grande mortelle

Nom et adresse du médecin traitant ou de l'hôpital

La personne blessée est-elle assurée contre les accidents?

oui non

Après de quelle assurance ou caisse maladie?

Cette personne était-elle à votre service au moment de l'accident?

oui non

Appartient-elle à la famille du preneur d'assurance ou du responsable du sinistre?

oui non

Si oui, degré de parenté

Si d'autres personnes ont été blessées, prière d'utiliser des feuillets supplémentaires

A compléter en cas de destruction, dommage ou perte de biens appartenant à des tiers (dégâts matériels)

Nom et prénom du propriétaire (personne lésée)

Adresse

Date de naissance

Profession

Téléphone

Description de l'objet et du dommage

(s'agissant de véhicules motorisés, indiquer la marque et le N° de la plaque de contrôle)

Age de l'objet

Montant approximatif du dommage Fr.

Où l'objet endommagé peut-il être inspecté?

L'objet endommagé est-il assuré contre un ou plusieurs des risques suivants (cocher ce qui convient)

Casco Incendie Bris de glace Dégâts d'eau Vol Bris de machine Construction

Après de quelle assurance?

Le sinistre lui a-t-il été déclaré?

oui non

N° de police/sinistre

Avez-vous reçu des demandes d'indemnisation pour des dommages à des biens ou à des personnes?

Lesquelles et de qui?

Prière de joindre toute pièce écrite à cette déclaration.

Une indemnisation éventuelle est à verser

au moyen du bulletin de versement ci-joint

Banque: nom/localité/Poste

N° de compte (IBAN)/CCP

Remarques du preneur d'assurance/conseiller

Le preneur d'assurance et la personne lésée autorisent la «Zurich» et *emmental assurance*, chargée de la liquidation du sinistre, à consulter tous les documents et actes officiels, judiciaires, médicaux et autres et délient les médecins concernés du secret médical.

Lieu/date

Signature de la personne lésée

Signature du preneur d'assurance

Signature du conseiller