

Quelles sont les causes de l'accident?

A quand remontent-elles?

Quand le sinistre est-il survenu?

Nom, adresse et âge de l'auteur du dommage Age

Une faute est-elle imputable à l'assuré(e), à des membres de sa famille ou à son personnel et pourquoi?

Une faute est-elle attribuable au(x) lésé(e)s ou à un tiers et pourquoi?

Indiquer leur nom et leur adresse

Quels témoins oculaires pouvez-vous citer?

Noms et adresses

Un procès-verbal a-t-il été dressé?

Dans l'affirmative, par quel poste de police?

Nom de l'agent de police

A compléter dans le cas de décès, blessure ou autre atteinte à la santé de personnes (lésions corporelles)

	Nom et prénom de la victime	Etat civil	Date de naiss.	Adresse	Profession	Employeur
a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

	En quoi consiste la lésion de cette personne?	Gravité de la lésion (cocher ce qui convient)	Nom et adresse du médecin traitant/ de l'hôpital
a)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moy. <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> mortelle	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moy. <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> mortelle	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> légère <input type="checkbox"/> moy. <input type="checkbox"/> grave <input type="checkbox"/> mortelle	<input type="text"/>

	La personne blessée est-elle assurée contre les accidents? LAA Au près de quelle autre compagnie ou caisse maladie?	La victime était-elle à votre service au moment de l'accident?	Appartient-elle à la famille du preneur d'as- surance ou de l'auteur du dommage? Si oui, quel est le degré de parenté?
a)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Des prétentions vous ont-elles été réclamées en réparation des lésions corporelles? Par qui et quelles indemnités?

Veuillez joindre tout document qui vous serait parvenu

A compl. en cas de destr., de détérioration ou de perte de choses appart. à autrui (dégâts matériels) Dommages subis par l'assuré: non couverts

De quels objets s'agit-il? Nature du dommage?
(Pour les véhicules automobiles, indiquer marque
et no des plaques de contrôle)

Evaluation du dommage

Nom et adresse du/de la propriétaire

Où peut-on examiner l'objet endommagé?

L'objet endommagé est-il assuré contre un ou plusieurs
des risques ci-contre?
(Souligner ce qui convient, év. compléter)

casco/incendie/bris de glaces/dégâts d'eau/vol/bris de machine(s)/construction

Auprès de quelle compagnie?

Le cas lui a-t-il été annoncé?

Des indemnités vous ont-elles été réclamées pour dégâts
matériels? Par qui et quelles indemnités?

Veillez joindre tout document qui vous serait parvenu

Observations du preneur d'assurance

La personne soussignée autorise Zurich à traiter des données issues du règlement des sinistres. Zurich peut transmettre des données pour traitement dans la mesure nécessaire aux tiers participant au contrat, en Suisse comme à l'étranger, en particulier aux coassureurs et réassureurs, ainsi qu'aux compagnies appartenant au groupe Zurich.

Zurich est en outre autorisée à demander tous renseignements utiles auprès de bureaux officiels ou de tiers et à consulter les actes officiels et judiciaires. Cette autorisation est valable même si le sinistre n'est pas pris en charge.

La personne soussignée a le droit d'exiger auprès de Zurich les renseignements prévus par la loi sur l'élaboration des données la concernant.

L'autorisation relative à l'élaboration des données peut être révoquée en tous temps.

La personne assurée ou l'ayant droit autorise par sa signature les médecins traitants, les établissements hospitaliers et d'autres tiers désignés nommément à donner à Zurich ou à son service médical tout renseignement nécessaire en rapport avec le sinistre et le règlement des sinistres. A cet effet, elle les libère expressément du secret professionnel.

Zurich est en outre autorisée, en cas de recours envers un tiers responsable, à communiquer à ce tiers, ou à son assureur responsabilité civile, les données nécessaires à l'exercice du recours.

Lieu et date

Signature de la victime

Signature du preneur d'assurance

La déclaration de sinistre doit être adressée immédiatement, au plus tard dans les 8 jours après le sinistre à:
Zurich Compagnie d'Assurances SA, Case postale, 8085 Zurich.
Téléphone 0800 80 80 80.

