

## Assurance responsabilité civile

**Déclaration de sinistre** (Pour les accidents concernant les véhicules à moteur, veuillez utiliser la déclaration spéciale)

**N° de Police**

Pour annonce immédiate de sinistre Téléphone

**0800 809 809**

14.175.445

### Preneur d'assurance

|                     |                                      |  |   |
|---------------------|--------------------------------------|--|---|
| Non/Prénom          | ETAT DE VAUD                         | Date de naissance                                    | Etat civil  |
| Entreprise          | Service de protection de la jeunesse | Compte postal/bancaire                               |   |
| Profession/activité |                                      | Banque/filiale à                                     |   |
| Rue                 | Av. Longemalle 1                     | Soumis à la TVA                                      | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
| NPA/localité        | 1020 Renens                          | N° de TVA  |   |
| Tél. privé          | Mobile                               | Affiliation à un organisme de protection juridique ? |   |
| Tél. prof.          | 213165320 Mobile                     |  | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
| Fax                 | 213165330 e-mail                     | Lequel?  |   |
|                     |                                      | Lui avez-vous déclaré le sinistre ?                  | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |

### Si l'événement à été causé par un membre de votre famille ou un de vos employés

|              |  |            |
|--------------|--|------------|
| Non/Prénom   | Date de naissance                            | Etat civil |
| Rue          | Degré de parenté avec le preneur d'assurance |            |
| NPA/localité | Fonction dans l'entreprise                   |            |

### Déroulement du sinistre

|  |                              |  |   |
|--|------------------------------|--|---|
| Date   | Heure (0-24)                 | Le sinistre s'est-il produit au cours de travaux effectués par un consortium d'entreprises ? | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
| Rue  |                              | Nom et adresse du consortium   |   |
| NPA/localité                                   |                              |  |   |
| Une constatation officielle a-t-elle eu lieu ? |                              |  |   |
|  | <input type="checkbox"/> non | <input type="checkbox"/> oui   |   |
| Par qui ?                                      |                              |  |   |

### Circonstances

## Témoins

|               |            |        |
|---------------|------------|--------|
| a) Non/Prénom | Tél. privé | Mobile |
| Rue           | Tél. prof. | Mobile |
| NPA/localité  | Fax        | E-mail |
| b) Non/Prénom | Tél. privé | Mobile |
| Rue           | Tél. prof. | Mobile |
| NPA/localité  | Fax        | E-mail |
| c) Non/Prénom | Tél. privé | Mobile |
| Rue           | Tél. prof. | Mobile |
| NPA/localité  | Fax        | E-mail |

## Votre avis sur les causes de l'événement

Etat défectueux du matériel, installation imparfaite Motif

Faute de votre part, d'un membre de votre famille d'un employé

Faute du lésé

Faute d'un tiers

Non/Prénom

Rue

NPA/localité

## Lésions corporelles ou décès de personnes

|   |                            |   |
|---|----------------------------|---|
| a) Nom/Prénom   | Etat civil                 | Date de naissance                               |
| Rue   |                            |   |
| NPA/localité  | Employeur                  |   |
| Profession  | Quelles sont les lésions ? |   |
| Nom et adresse du médecin traitant, respectivement de l'hôpital |                            |   |
|   |                            |   |
| b) Nom/Prénom   | Etat civil                 | Date de naissance                               |
| Rue   |                            |   |
| NPA/localité  | Employeur                  |   |
| Profession  | Quelles sont les lésions ? |   |
| Nom et adresse du médecin traitant, respectivement de l'hôpital |                            |   |
|   |                            |   |
| La personne blessée est-elle assurée contre les accidents ?     |                            | Auprès de quelle autre société/caisse-maladie ? |
| <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui       |                            |   |
| Comment ?   |                            |   |

## Dégâts matériels ou destruction de choses appartenant à autrui (animaux compris)

|                            |                                    |   |
|----------------------------|------------------------------------|---|
| Objet 1                    | Où se trouve-t-il ?                |   |
| Nature du dommage          | Montant du dommage                 | CHF   |
| Non/Prénom du propriétaire |                                    |   |
| Rue                        | Assuré auprès de quelle compagnie? |   |
| NPA/localité               |                                    |   |
|                            | Soumis à la TVA                    | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
|                            | N° de TVA                          |   |

|   |                                    |   |
|---|------------------------------------|---|
| Objet 2                                   | Où se trouve-t-il ?                |   |
| Nature du dommage                         | Montant du dommage                 | CHF   |
| Non/Prénom du propriétaire                |                                    |   |
| Rue                                       | Assuré auprès de quelle compagnie? |   |
| NPA/localité                              |                                    |   |
|   | Soumis à la TVA                    | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui |
|   | N° de TVA                          |   |
| Les lésés sont-ils parents du détenteur ? |                                    |   |
|   | <input type="checkbox"/> non       | <input type="checkbox"/> oui                              |

## Questions complémentaires

|  |  |
|--|--|
| Les lésés sont-ils parents du preneur d'assurance ou de la personne qui a provoqué l'événement ? | Les lésés étaient-ils au service du preneur d'assurance ou de la personne qui a provoqué l'événement ? |
| <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui  | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui  |
| A quel degré ?   | En quelle qualité ?  |
| Le preneur d'assurance ou l'assuré était-il au service du lésé ?                                 | Les lésés ont-ils déjà élevé des prétentions ?   |
|  | Lesquelles ? CHF   |

Le preneur d'assurance et l'assuré ne doivent pas reconnaître des prétentions adverses sans le consentement préalable de la Winterthur. Ils autorisent la Winterthur à prendre connaissance des documents officiels, du dossier de l'assureur LAA et des pièces médicales. Ils autorisent en outre la Winterthur à demander et à transmettre à tout tiers, notamment aux autres assureurs intéressés, tous renseignements ou données nécessaires au règlement du sinistre.

|              |  |                                  |
|--------------|--|----------------------------------|
| Lieu et date | Signature de l'assuré<br>(si différent du preneur d'assurance) | Signature du preneur d'assurance |
| _____        | _____  | _____                            |