



Generali, 7, boulevard Haussmann
75456 Paris Cedex 09 - Tél. 01 58 38 40 00

Generali Iard, Société Anonyme au capital de 59 493 775 euros
Entreprise régie par le code des assurances 552 062 663 RCS Paris
Siège Social : 7, boulevard Haussmann - 75009 Paris

Cachet de l'Agent

DÉCLARATION DE SINISTRE MATÉRIEL RESPONSABILITÉS CIVILES DIVERSES

N° de CONTRAT <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	ASSURÉ <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	
N° SINISTRE Cie <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	DATE DE SINISTRE Jour Mois Année <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	ÉVALUATION <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
N° SINISTRE AGENCE <input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>	TIERS <input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>	

ASSURÉ

Nom et prénom ou Raison sociale : _____

Domicile ou Siège Social : _____

Profession : _____ Nombre de salariés : _____

RISQUE GARANTI

Nature de la Responsabilité Civile garantie par le contrat rappelé ci-dessus (*Exemples : propriétaire d'immeuble, chef de famille, chasseur, activité professionnelle, etc.*) : _____

Si la responsabilité de l'Assuré est recherchée du fait d'une **PERSONNE** :

Nom et prénom : _____ Profession : _____

Adresse : _____

Date et lieu de naissance : _____

Qualité par rapport à l'Assuré : _____

Si la responsabilité de l'Assuré est recherchée du fait d'une **CHOSE** ou d'un **ANIMAL** :

Désignation : _____

L'Assuré en était : Propriétaire Locataire Dépositaire

DATE DE L'ACCIDENT

Jour de la semaine : _____ Quantième : _____ Mois : _____ An : _____ Heure : _____

LIEU DE L'ACCIDENT

Ville ou commune : _____ Canton : _____ Département : _____

Si l'accident est survenu en un **lieu public**, préciser :

En ville : Nom de la rue ou de l'établissement : _____

En rase campagne : Numéro de la route ou du lieu-dit : _____

Si l'accident est survenu en un **lieu privé**, préciser :

Chez un tiers : Nom, adresse et nature des lieux : _____

Chez l'Assuré : Adresse (si différente du domicile) : _____

Nature des lieux : _____

1 ^{ER} DOMMAGE CAUSÉ	2 ^{EME} DOMMAGE CAUSÉ	3 ^{EME} DOMMAGE CAUSÉ
Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____	Adresse : _____
Nature des dégâts matériels : _____	Nature des dégâts matériels : _____	Nature des dégâts matériels : _____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT
(Avec, s'il y a lieu, croquis sommaire, mais clair)

CAS PARTICULIERS DES GROUPEMENTS
(Associations sportives, établissements d'enseignement, œuvres de jeunesse, colonies de vacances, etc.)

Numéro et date d'affiliation de l'auteur : _____

La Responsabilité Civile (du Groupement ou des parents) est-elle également couverte par une autre Société (Compagnie ou Mutuelle) (*) ? Oui Non

Si Oui, laquelle ? _____

Numéro et date d'effet du contrat de cette autre Société : _____

CONSTATS ÉTABLIS

Par l'Agent n° : _____ du Commissariat de : _____

Par la Gendarmerie de : _____

Par Maître : _____ Huissier, demeurant à : _____

à ma demande (*) (et/ou) à la demande de mes adversaires (*).

1 ^{ER} TÉMOIN	2 ^{EME} TÉMOIN	3 ^{EME} TÉMOIN
Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____	Nom et Prénom : _____
Adresse : _____	Adresse : _____	Adresse : _____
Observations : _____	Observations : _____	Observations : _____
_____	_____	_____

Préciser dans les "Observations" si les témoins étaient des parents, préposés ou amis de l'Assuré ou du tiers.

Les informations portées sur ce document sont obligatoires pour instruire votre dossier sinistre, à défaut nous ne pourrions lui donner une suite favorable. Ces informations sont destinées à GENERALI assurances IARD, ses mandataires et réassureurs ainsi qu'aux organismes participant à la gestion du dossier. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos données auprès du siège de GENERALI assurances IARD.

Je soussigné certifie que les renseignements contenus dans la présente déclaration sont exacts en tous points.

Fait à _____, le _____

Signature de l'Assuré

OBSERVATIONS DE L'AGENT

Situation cotisations : à jour Quittances retournées au Siège le _____

Fait à _____, le _____

Signature de l'Agent

(*) Cocher la case correspondante.