

**Avis de sinistre assurance  
responsabilité civile:**

Police n°: 4.001.457.213  
Preneur d'assurance :

**Fédération Suisse de Vol Libre**  
Seefeldstrasse 224  
8008 Zürich  
Tel.: 044 387 46 80  
E-Mail: info@shv-fsvl.ch

SHV N°: / FSVL N° :.....

Date de l'incident : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Où le dommage s'est il produit ? Rue : .....N° :  
NPA: ..... Lieu: .....  
Description du lieu : .....

Comment le sinistre s'est-il produit ?  
.....  
.....  
.....  
.....

Croquis :

Qui a causé le dommage ?  
Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance.....  
Rue : ..... N° ..... e-mail : .....  
NPA : ..... Lieu : ..... Pays: .....  
N° tél. prof.: ..... N° tél. privé : ..... Mobile : .....

Est-ce que cette personne est, selon vous responsable du sinistre ?  Oui  Non  
Si oui pourquoi ?.....

Avez-vous une assurance protection juridique ?  Oui  Non  
Compagnie : ..... Police n° : .....

Y a-t-il des témoins ?  Oui  Non  
Si oui, compléter s.v.p. :  
Nom:..... Prénom : .....  
Rue : ..... N° .....  
NPA : ..... Lieu : ..... Pays : .....  
N° tél. prof. : ..... N° tél. privé : ..... Mobile : .....

Existe-t-il un rapport de police ?  Oui  Non  
De quel poste : ..... N° tél : .....

Est-ce que des personnes ont été blessées ?  Oui  Non Si oui, compléter s.v.p.:

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : ..... N° : .....

NPA : ..... Lieu : ..... Pays : .....

N° tél. prof. : ..... N° tél. privé : ..... Mobile : .....

Profession : ..... Etat civil : .....

Nom et adresse de l'employeur : Nom : ..... Prénom : .....

Rue : ..... N° : .....

NPA : ..... Lieu : ..... Pays : .....

N° tél. prof. : ..... N° tél. privé : ..... Mobile : .....

Genre de blessures subies : .....

Degré d'incapacité de travail : .....

Médecin traitant :

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : ..... N° : .....

NPA : ..... Lieu : ..... Pays : .....

N° tél. prof. : ..... N° tél. privé : ..... Mobile : .....

La personne blessée est-elle assurée contre les accidents?  Oui  Non

SUVA/UVG  Oui Compagnie/N° de Police : .....

Autres assurances accidents  Oui Compagnie/N° de Police : .....

Auprès d'une caisse maladie  Oui Caisse/N° de Police : .....

Est-ce que d'autres personnes ont été blessées :  Oui  Non

(Si oui mentionner sur une feuille séparée s.v.p.)

---

Existe-t-il des dommages à d'autres objets ?  Oui  Non

Si oui, nom et adresse du propriétaire:

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : ..... N° : .....

NPA : ..... Lieu : ..... Pays : .....

---

L'indemnité est à verser:

auprès de l'entreprise qui effectue les réparations : .....

à mon banque N°IBAN : .....

---

Le/La soussigné(e) autorise Helvetia à traiter les données nécessaires dans le cadre de la gestion du sinistre déclaré. Le cas échéant, les données seront communiquées à des tiers impliqués en Suisse ou à l'étranger, en particulier aux coassureurs et aux réassureurs, à des fins de traitement.

Helvetia est en outre autorisée à consulter des documents officiels et à collecter des renseignements pertinents auprès des autorités et de tiers.

Le/La soussigné(e) autorise Helvetia, en cas de recours contre un tiers responsable ou contre son assureur de la responsabilité civile, à communiquer à ces derniers les données requises pour justifier les prétentions récursoires.

L'autorisation du/de la soussigné(e) n'oblige pas la compagnie d'assurances à prester. Helvetia s'engage à traiter les informations collectées conformément à la loi sur la protection des données.

Lieu et date : ..... Signature .....