



**Avis de sinistre assurance  
responsabilité civile**

Police n°: 900.341.577.5  
Preneur d'assurance:

**Schweizerischer Hängegleiterverband  
Fédération Suisse de vol libre**  
Seefeldstrasse 224  
8008 Zürich  
Tel.: 044 387 46 80  
Fax 044 387 46 89

FSVL Nr. ....

Date de survenance: ..... 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° .....  
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 lésions subies : .....

Degré d'incapacité de travail : .....

Médecin traitant :

Nom : ..... Prénom .....

Rue : ..... N° .....

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

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

Le blessé est-il assuré contre les accidents?  Oui  Non

SUVA/LAA  Oui Compagnie/Police n : .....

Autres assurances accidents  Oui Compagnie/Police n : .....

Auprès d'une caisse maladie  Oui Caisse/Police n : .....

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 CCP n° : .....

à ma banque: ..... succursale: .....

N° de compte: ..... clearing: .....

---

Le/La soussigné(e) autorise GENERALI Assurances Générales SA 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.

Generali Assurances Générales SA est en outre autorisée à consulter des documents officiels et à

collecter des renseignements pertinents auprès des autorités et de tiers.

Le/La soussigné autorise GENERALI Assurances Générales SA, 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€ n'oblige pas la compagnie d'assurances à prester. GENERALI

Assurances Générales SA s'engage à traiter les informations collectées conformément à la loi sur la

protection des données.

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

.....