

**Avis de sinistre assurance
responsabilité civile:**

Police n°: 4.001.457.213
Preneur d'assurance :

Fédération Suisse de Vol Libre
Seefeldstrasse 224
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

(Cette question vise à clarifier la situation et ne constitue pas une reconnaissance juridique de culpabilité.)

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 :

Employer :

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 :

Documents supplémentaires:

En cas de sinistre en relation avec un vol Biplane, nous vous invitons à joindre les documents suivants:

- confirmation de réservation
 - y compris conditions générales de vente (CGV)
- confirmation signée par le passager concernant les instructions

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