



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

ASSURANCES DE PERSONNES SAUF HOSPITALISATION

N° de CONTRAT <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	ASSURÉ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	
N° SINISTRE Cie <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	DATE DE SINISTRE Jour Mois Année <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	ÉVALUATION <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
N° SINISTRE AGENCE <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	TIERS <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

A remplir par l'Assuré

ASSURÉ OU CONTRACTANT

Nom et prénom : _____
 Adresse : _____
 Âge : _____ Profession : _____
 Nombre de Salariés occupés par l'Assuré : _____

Machines dont il fait personnellement usage : _____

Travail manuel (*) : Permanent Occasionnel

Conduite personnelle de (*) : Voiture automobile Motocyclette Attelage

1^{er} ACCIDENT ANTÉRIEUR

Dates : _____

Nature des lésions : _____

Indemnités perçues : _____

Date de l'accident : Jour : _____ Heure : _____

Date de la maladie : Jour : _____

Procès-verbal de la Gendarmerie de : _____

Procès-verbal du Commissariat de Police de : _____

2^{ème} ACCIDENT ANTÉRIEUR

Dates : _____

Nature des lésions : _____

Indemnités perçues : _____

Mois : _____ Année : _____

Mois : _____ Année : _____

TIERS RESPONSABLE

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

BLESSÉ OU MALADE

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

BÉNÉFICIAIRE (*)

• de la Sécurité Sociale : _____

• d'un organisme mutuel dit : _____

• d'un contrat : "Individuelle" "Familiale agricole" n° : _____ souscrit à : _____

Nature de ses blessures : _____

Nature de la maladie : _____

Durée de l'arrêt de travail prévisible : _____

(*) Cocher la case correspondante

1^{er} TÉMOIN Nom et prénom : _____ Adresse : _____ _____	2^{ème} TÉMOIN Nom et prénom : _____ Adresse : _____ _____
---	--

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

Le Souscripteur peut demander à la Compagnie communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de la Compagnie, de ses mandataires, des réassureurs et des organismes professionnels.

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

Fait à _____, le _____

Signature de l'Assuré

A remplir par l'Agent

Situation cotisations : à jour (*) Quittances retournées au Siège le (*) _____

POUR TOUT SINISTRE "INDIVIDUELLE" OU "CONDUCTEUR PLUS FAMILLE"

Prière de rappeler le montant des garanties du contrat :

Décès : _____ Incapacité Permanente : _____

Incapacité Temporaire par jour : _____ Frais médicaux : _____

POUR TOUT SINISTRE "CONDUCTEUR PLUS FAMILLE"

Si l'Assuré est également garanti en "Automobile" par un contrat souscrit à la Compagnie, prière d'indiquer le n° de ce contrat : _____

S'il est assuré "Automobile" auprès d'une autre Société, prière d'indiquer le nom de cette Société : _____

et les références du contrat de cette Société : _____

POUR TOUT SINISTRE CONCERNANT UN AGRICULTEUR

Prière d'indiquer les n° de contrats annexes :

Individuelle n° : _____ AOA n° : _____

(Il est indispensable d'adresser **deux** déclarations).

OBSERVATIONS DE L'AGENT GÉNÉRAL *(En particulier, donner l'estimation du coût probable du sinistre)*

Fait à _____, le _____

Signature de l'Agent Général

(*) Cocher la case correspondante