



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 BRANCHE INCENDIE

N° de CONTRAT <input style="width: 90%;" type="text"/>	ASSURÉ <input style="width: 98%;" type="text"/>			
N° SINISTRE Cie <input style="width: 90%;" type="text"/>	DATE DE SINISTRE <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Jour</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Mois</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;">Année</td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année
Jour	Mois	Année		
N° SINISTRE AGENCE <input style="width: 90%;" type="text"/>	TIERS <input style="width: 98%;" type="text"/>			
	ÉVALUATION <input style="width: 98%;" type="text"/>			

Adresse de l'Assuré : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse du risque : \_\_\_\_\_

Activité professionnelle : \_\_\_\_\_

Intervention Pompiers :  OUI  NON

Intervention Police ou Gendarmerie :  OUI  NON

PV d'enquête n° : \_\_\_\_\_

<b>NATURE DU SINISTRE (*)</b>	<table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 00</td><td>Incendie</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 02</td><td>Explosion - Attentat : OUI - NON</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 03</td><td>Accident ménager</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 04</td><td>Dompage électrique</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 05</td><td>Tempête, Grêle, Neige</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 06</td><td>RC Incendie</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 00	Incendie	<input type="checkbox"/> 02	Explosion - Attentat : OUI - NON	<input type="checkbox"/> 03	Accident ménager	<input type="checkbox"/> 04	Dompage électrique	<input type="checkbox"/> 05	Tempête, Grêle, Neige	<input type="checkbox"/> 06	RC Incendie	<table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/> 07</td><td>Recharge extincteurs</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 08</td><td>Fulguration animaux</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 09</td><td>Choc de véhicule terrestre</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 00</td><td>P 13 - P 22 - Événement : _____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> 15</td><td>DDE suite à orage : _____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Cat. Nat. - Événement : _____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Autre : _____</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/> 07	Recharge extincteurs	<input type="checkbox"/> 08	Fulguration animaux	<input type="checkbox"/> 09	Choc de véhicule terrestre	<input type="checkbox"/> 00	P 13 - P 22 - Événement : _____	<input type="checkbox"/> 15	DDE suite à orage : _____	<input type="checkbox"/>	Cat. Nat. - Événement : _____	<input type="checkbox"/>	Autre : _____
<input type="checkbox"/> 00	Incendie																											
<input type="checkbox"/> 02	Explosion - Attentat : OUI - NON																											
<input type="checkbox"/> 03	Accident ménager																											
<input type="checkbox"/> 04	Dompage électrique																											
<input type="checkbox"/> 05	Tempête, Grêle, Neige																											
<input type="checkbox"/> 06	RC Incendie																											
<input type="checkbox"/> 07	Recharge extincteurs																											
<input type="checkbox"/> 08	Fulguration animaux																											
<input type="checkbox"/> 09	Choc de véhicule terrestre																											
<input type="checkbox"/> 00	P 13 - P 22 - Événement : _____																											
<input type="checkbox"/> 15	DDE suite à orage : _____																											
<input type="checkbox"/>	Cat. Nat. - Événement : _____																											
<input type="checkbox"/>	Autre : _____																											

<b>QUALITÉ DE L'ASSURÉ (*)</b>	<table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Locataire total</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Locataire partiel</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Propriétaire occupant</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Propriétaire non occupant</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Syndic de copropriété</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Locataire total	<input type="checkbox"/>	Locataire partiel	<input type="checkbox"/>	Propriétaire occupant	<input type="checkbox"/>	Propriétaire non occupant	<input type="checkbox"/>	Syndic de copropriété	<table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Copropriétaire occupant</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Copropriétaire non occupant</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Fermier ou métayer</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Usufruitier</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Autre : _____</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Copropriétaire occupant	<input type="checkbox"/>	Copropriétaire non occupant	<input type="checkbox"/>	Fermier ou métayer	<input type="checkbox"/>	Usufruitier	<input type="checkbox"/>	Autre : _____
<input type="checkbox"/>	Locataire total																					
<input type="checkbox"/>	Locataire partiel																					
<input type="checkbox"/>	Propriétaire occupant																					
<input type="checkbox"/>	Propriétaire non occupant																					
<input type="checkbox"/>	Syndic de copropriété																					
<input type="checkbox"/>	Copropriétaire occupant																					
<input type="checkbox"/>	Copropriétaire non occupant																					
<input type="checkbox"/>	Fermier ou métayer																					
<input type="checkbox"/>	Usufruitier																					
<input type="checkbox"/>	Autre : _____																					

<b>CONTRAT ATTEINT (*)</b>	<table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Multirisques Habitation</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Multirisques Immeuble et Copropriété</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Multirisques Commerciale</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Multirisques Agricole</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Multirisques Habitation	<input type="checkbox"/>	Multirisques Immeuble et Copropriété	<input type="checkbox"/>	Multirisques Commerciale	<input type="checkbox"/>	Multirisques Agricole	<table style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Incendie RS à capitaux</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Incendie RI</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Pertes d'Exploitation</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Autre : _____</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Incendie RS à capitaux	<input type="checkbox"/>	Incendie RI	<input type="checkbox"/>	Pertes d'Exploitation	<input type="checkbox"/>	Autre : _____
<input type="checkbox"/>	Multirisques Habitation																	
<input type="checkbox"/>	Multirisques Immeuble et Copropriété																	
<input type="checkbox"/>	Multirisques Commerciale																	
<input type="checkbox"/>	Multirisques Agricole																	
<input type="checkbox"/>	Incendie RS à capitaux																	
<input type="checkbox"/>	Incendie RI																	
<input type="checkbox"/>	Pertes d'Exploitation																	
<input type="checkbox"/>	Autre : _____																	

**PART DE NOTRE COMPAGNIE :** \_\_\_\_\_ %

<b>EXPERT(S) MISSIONNÉ(S) :</b> _____ _____ _____	<b>ORDRE DE GRANDEUR DU DOMMAGE (100 %) :</b> Bâtiment ou Responsabilité Loc : _____ Contenu : _____ <b>TOTAL :</b> _____
--	--

(\*) Cocher les mentions exactes

**CIRCONSTANCES DU SINISTRE** : Donner des indications précises sur sa nature, sa cause connue ou présumée, son point de départ, son ampleur : \_\_\_\_\_

Les informations portées sur ce document sont obligatoires pour instruire votre dossier sinistre, à défaut nous pourrions lui donner une suite favorable. Ces informations sont destinées à Generali Assurances, à ses mandataires et réassureurs ainsi qu'aux organismes participant à la gestion du dossier. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 06 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de ses données auprès du Siège de Generali Assurances.

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

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature de l'Assuré**

**SITUATION DE LA COTISATION** : A jour  Impayée

**CONTRAT NON ENCORE ÉMIS** : Effet de la garantie le : \_\_\_\_\_

Suspens Agence n° : \_\_\_\_\_

Suspens Compagnie n° : \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_

Date d'envoi de la proposition : \_\_\_\_\_

**CONTRATS CONNEXES ATTEINTS :**

**Pertes d'Exploitation** Type de contrat : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Compagnie : \_\_\_\_\_

**Autres** Type de contrat : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Compagnie : \_\_\_\_\_

**SINISTRE PERTES D'EXPLOITATION :**

Chiffre d'Affaires Annuel :

Pourcentage du BB approximatif :  %

Atteinte de la fabrication :

Atteinte des stocks :

Conséquences immédiates : \_\_\_\_\_

Mesures prises : \_\_\_\_\_

**OPPOSITIONS ENREGISTRÉES** : Lesquelles ? \_\_\_\_\_

(Joindre les photocopies)

**RECOURS À EXERCER** : Contre : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_ Contrat n° : \_\_\_\_\_ Compagnie : \_\_\_\_\_

Motif : \_\_\_\_\_

**RECOURS À SUBIR** : De : \_\_\_\_\_

Qualité : \_\_\_\_\_ Contrat n° : \_\_\_\_\_ Compagnie : \_\_\_\_\_

Motif : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Signature de l'Agent Général**