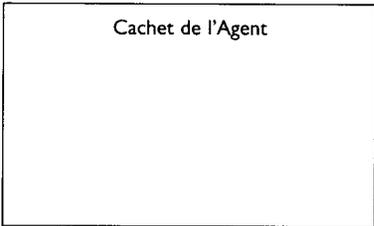




Generali, 7, boulevard Haussmann
 75456 Paris Cedex 09 - Tél. 01 58 38 40 00
 Generali Iard, Société Anonyme au capital de 59 493 775 euros
 Entreprise régie par le code des assurances 552 062 663 RCS Paris
 Siège Social : 7, boulevard Haussmann - 75009 Paris



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; text-align: center;">Jour</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Mois</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année
Jour	Mois	Année		
N° SINISTRE AGENCE <input style="width: 90%;" type="text"/>	ÉVALUATION <input style="width: 98%;" type="text"/>			
	TIERS <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° : _____

NATURE DU SINISTRE (*)	<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 : _____																											

QUALITÉ DE L'ASSURÉ (*)	<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 : _____																					

CONTRAT ATTEINT (*)	<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 : _____ %

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

(*) 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