

## Avis de sinistre pour l'assurance responsabilité civile

Assuré(e) ingénieur/architecte membre de l'usic

Nom	N° de membre	catégorie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse

Entreprise/filiale coassurée	Nome de la <b>communautés de travail (ARGE)</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse

Interlocuteur/référence	Compte bancaire n°
<input type="text"/>	<input type="text"/>

E-mail	Compte postal n°
<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° de téléphone	N° de fax
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2. Relation contractuelle

Nome et adresse des partenaires contractuels :

Copie du contrat d'ingénierie (y compris annexes).

### 3. Description du cas de sinistre/défaut/votre activité

Quand est-ce que le cas de sinistre/défaut s'est produit	Heure (inscrire en format 24h svp.)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Quand est-ce que le cas de sinistre/défaut a été causé?

A quel endroit resp. à quel local le sinistre a-t'il eu lieu ?

  

Description du sinistre – Veuillez décrire les faits avec précision (par quoi et par qui le sinistre a-t-il été causé). Esquissez svp. la situation sur une feuille séparée, jointe en annexe.

En quoi consiste le sinistre? (Pour les véhicules, veuillez indiquer la marque et le numéro d'immatriculation)

Dompage à l'objet/ouvrage de construction

oui  non

Dompage en dehors de l'objet/ouvrage de construction (dommage à des tiers) oui non

oui  non

Ampleur précise ou estimée du sinistre

Y a-t-il eu un rapport de police? Si oui, par quel service de police/policier ?

Est-ce qu'une procédure pénale a été ouverte à l'encontre des organes ou des employés de la société assurée?

oui  non

Est-ce que des travaux d'ingénierie ont été faits par des sous-traitants externes?

oui  non

L'assuré, ses proches ou son personnel, ont-ils commis une faute? Pourquoi?

A votre avis, est-ce qu'un partenaire du Consortium a-t-il comis une faute et si oui, laquelle?

Auprès de quelle compagnie d'assurance la communauté de travail est-elle assurée, si ce n'est pas auprès d'usic?

S'agit-il d'un ingénieur d'usic?

oui  no

La personne lésée, d'autres personnes impliquées dans la construction ou une tierce personne ont-elles commis une faute? Pourquoi?


Si oui:

Nom

--

Adresse

--

Genre d'activité (p. ex. élaboration de projets, direction ou contrôle des travaux, etc.)

--

Bases contractuelles

--

#### 4. Demandeur/demandresse

Maître d'ouvrage :  
Nom et adresse

--

Entreprise:  
Nom et adresse

--

Autres:  
Nom et adresse

--

#### 5. Autres assurances (casco, assurances incendie, bris de glace, dégât d'eau, vol, bris de machines, de construction)

Type d'assurance	Société	Police n°	Le cas a été signalé à
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type d'assurance	Société	Police n°	Le cas a été signalé à
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type d'assurance	Société	Police n°	Le cas a été signalé à
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 6. En cas de décès, blessures ou autres atteintes à la santé de personnes (lésions corporelles)

	Nom et prénom de la personne lésée	État civil	Date de nais.	Adresse	Profession	Employeur
a)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
b)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
c)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En quoi consiste la lésion corporelle de cette personne

Nature de la lésion corporelle  
(prière de cocher ce qui convient)

Nom et adresse du médecin traitant  
ou de l'hôpital

a)

légère  moyenne  grave  mortelle

b)

légère  moyenne  grave  mortelle

c)

légère  moyenne  grave  mortelle

La personne lésée est-elle titulaire d'une assurance accident?

LAA    Auprès de quelle autre société ou  
caisse maladie?

Était-elle en service lors de la  
survenance du sinistre?

Fait-elle partie de la famille du  
preneur d'assurance ou du  
responsable du sinistre?  
Si oui, quel est le degré de parenté?

a)

b)

c)

Des prétentions en dommages-intérêts pour lésions  
corporelles ont-elles été émises contre vous?  
Lesquelles et par qui?

Veillez joindre à ce présent avis les éventuels  
documents s'y rapportant

**7. En cas de destruction, détérioration ou perte de choses appartenant à un tiers (dommages matériels) les dommages propres ne sont pas couverts**

Nom et adresse du propriétaire

Où la chose assurée peut-elle être inspectée?

Des prétentions en dommages-intérêts pour dommages  
matériels ont-elles été émises contre vous?  
Lesquelles et par qui?

Veillez joindre à ce présent avis les éventuels  
documents s'y rapportant

**8. Remarques**

La personne soussignée autorise la Zurich à traiter les données issues du règlement du sinistre. La Zurich peut transmettre dans une mesure nécessaire ces données pour traitement aux tiers participant au contrat en Suisse et à l'étranger, en particulier aux coassureurs et aux réassureurs, ainsi qu'aux sociétés du groupe Zurich.  
La Zurich est en outre autorisée à demander tous les renseignements pertinents aux bureaux officiels ou à des tiers et à consulter les dossiers officiels et judiciaires. Cette autorisation est valable indépendamment de la prise en charge du sinistre.  
La personne soussignée a le droit de demander à la Zurich les renseignements prévus par la loi relatifs au traitement des données qui la concernent. L'autorisation de traitement des données peut être révoquée à tout moment.  
La personne assurée ou l'ayant droit autorise par sa signature notamment les médecins traitants, les établissements hospitaliers et d'autres tiers désignés nominativement à fournir à la Zurich ou à son service médical tout renseignement nécessaire en relation avec le cas de sinistre et la gestion du sinistre. A cet effet, elle libère expressément ces personnes du secret professionnel  
En cas de recours contre un tiers responsable, la Zurich est habilitée à transmettre au tiers responsable ou à son assurance responsabilité civile les données nécessaires pour faire valoir les prétentions récursoires.

Lieu et date:

Signature de la personne lésée:

Signature du bureau de l'usic

Nous vous prions de joindre à l'avis de sinistre dûment rempli tous les documents utiles (p. ex. correspondances, plans, conditions commerciales et conditions de livraison applicables, rapport de police, etc.) et de les envoyer dans un délai de 8 jours qui suivent la survenance du sinistre à l'adresse suivante :

Madame Heidi Spinner  
SRB Assekuranz Broker AG  
Office de gestion fondation usic  
Luggwegstrasse 9  
CH-8048 Zurich  
Tel.: +41 44 497 87 80  
Fax: +41 44 497 87 88  
**24h-numéro d'urgence: +41 840 77 22 77**