

**Sympany**

Peter Merian-Weg 4
4002 Basel
+41 58 521 11 75
help@sympany.ch
www.sympany.ch

Déclaration de sinistre – Assurance véhicule

Données de l'assurance

Couverture concernée Responsabilité civile Casco partielle Assistance 24h/24 Casco collision Accident Faute grave
Numéro de contrat

Données personnelles de la personne annonçant le sinistre

Qui annonce le sinistre? Preneur d'assurance Partie lésée Autres:
Nom/Prénom
Fonction
Téléphone

Données personnelles du preneur d'assurance

Titre Mme M. Entreprise
Nom Téléphone mobile
Prénom Téléphone privé
Entreprise Téléphone prof.
Rue/Numéro Email
C.P./Lieu

Données du sinistre

Date Lieu/Pays
Heure Rue/Numéro

Comment est-ce que le sinistre est survenue?

Rapport de police Oui Non
Si oui, établi par

Le conducteur du véhicule est-il fautif? entièrement coupable en partie coupable non coupable
Le conducteur était-il autorisé à conduire? Oui Non
Avait-il un permis de conduire valide au moment du sinistre? Oui Non

Données du conducteur

Qui conduisait le véhicule? Preneur d'assurance Autre, veuillez remplir:
Titre Mme M. Entreprise
Nom Téléphone mobile
Prénom Téléphone privé
Entreprise Téléphone prof.
Rue/Numéro Email
C.P./Lieu Date de naissance

Données de la partie lésée

Titre Mme M. Entreprise
Nom Téléphone mobile
Prénom Téléphone privé
Entreprise Téléphone prof.
Rue/Numéro Email
C.P./Lieu

Véhicule propre

Marque
Type
N° de plaque

Qu'est-ce qui est endommagé?

Montant estimatif des dommages?

Où peut-on voir le véhicule?

Nom du garage
Rue/Numéro
C.P./Lieu
Téléphone

Véhicule tiers

Marque
Type
N° de plaque

Qu'est-ce qui est endommagé?

Montant estimatif des dommages?

Où peut-on voir le véhicule?

Nom du garage
Rue/Numéro
C.P./Lieu
Téléphone

Autres choses endommagées

Qu'est-ce qui a été endommagé?

Quels sont les dommages estimés?

Si un devis et/ou des photos des dommages sont disponibles, vous voudrez bien nous faire parvenir ces documents par courriel.

Informations sur les dommages corporels

Quelqu'un a été blessé? Oui Non
Qui a été blessé? Preneur d'assurance Autres

Titre Mme M. Entreprise

Nom	Métier
Prénom	Employeur
Date de naissance	Médecin/Hôpital
Rue/Numéro	Téléphone mobile
C.P./Lieu	Email

Type de blessure

Informations complémentaires

Remarques complémentaires:

Le/la soussigné(e) autorise Simpego Assurances SA à traiter les données nécessaires au règlement du sinistre déclaré. Si nécessaire, les données seront transmises pour traitement à des tiers impliqués en Suisse et à l'étranger, en particulier aux prestataires et partenaires de Simpego et aux coassureurs et réassureurs. Simpego Assurances SA est en outre autorisée, à demander des renseignements pertinents auprès de services officiels et de tiers (p. ex. personnel médical) ainsi qu'à consulter des dossiers officiels. A cet égard, le/la soussigné(e) les libère de leur obligation légale ou contractuelle de garder le secret vis-à-vis de Simpego Assurances SA. Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, à des fins d'enquête, nous échangeons des données avec des prestataires de services que nous consultons ainsi qu'avec d'autres compagnies d'assurance. L'autorisation du/de la soussigné(e) est donnée indépendamment de la fourniture d'une prestation par la compagnie d'assurance. Simpego Assurances SA s'engage à traiter les informations reçues conformément à la loi sur la protection des données. Vous trouverez de plus amples informations sur simpego.ch/fr/protection-des-donnees.

Lieu et date	Signature Détenanteur	Signature Conducteur (si pas le détenteur)
--------------	--------------------------	---

Veillez retourner le formulaire de déclaration de sinistre dûment rempli par la Poste ou par e-mail.
