



## Déclaration de sinistre pour l'assurance responsabilité civile privée

### 1. Personne assurée

Nom	<input type="text"/>	Police n°	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>
Rue et n°	<input type="text"/>	N° de tél. en journée	<input type="text"/>
NPA/localité	<input type="text"/>	Adresse e-mail	<input type="text"/>

### 2. Auteur du sinistre

Nom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>
Prénom	<input type="text"/>		
Rue et n°	<input type="text"/>	N° de tél. en journée	<input type="text"/>
NPA/localité	<input type="text"/>	Adresse e-mail	<input type="text"/>

### 3. Sinistre

Date du sinistre	<input type="text" value="TT.MM.JJJJ"/>	Heure du sinistre	<input type="text"/>
Lieu du sinistre	<input type="text"/>		
Circonstances du sinistre	<input type="text"/>		

Vous considérez-vous comme responsable?  En partie  Non  Oui

### 4. Rapport de police

Non  Oui, par le poste de police



### 5. Témoins

1 <sup>er</sup> témoin	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
2 <sup>e</sup> témoin	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>

### 6. Blessés

1 <sup>re</sup> personne blessée	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
	Type de blessures	<input type="text"/>		
Médecin traitant	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
2 <sup>e</sup> personne blessée	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
	Type de blessures	<input type="text"/>		
Médecin traitant	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>

### 7. Dommages matériels aux tiers

#### Objets de tiers endommagés

Données relatives au propriétaire de l'objet	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
	Objet	<input type="text"/>		
	Etendue des dommages	<input type="text"/>		
	Montant prévu des frais de réparation	<input type="text"/>		
	Où peut-on voir les objets?	<input type="text"/>		
	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>

### Véhicule de tiers endommagé

Données relatives au détenteur du véhicule

Nom

Rue et n°

Prénom

NPA/localité

Données relatives au véhicule

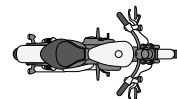
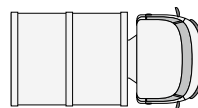
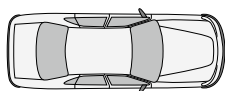
Marque et type

Plaques de contrôle

Assuré auprès de

Où le véhicule peut-il être examiné et à partir de quand?

Veuillez indiquer les parties du véhicule endommagées



Montant prévu des frais de réparation

### 8. Remarques

### 9. Mentions légales

Remarque

Le soussigné confirme, par sa signature, que Simpego Assurances SA peut consulter les dossiers et documents en relation avec le sinistre et dispense les autorités cantonales, assureurs, etc. de leur obligation légale et contractuelle de secret professionnel vis-à-vis de Simpego Assurances SA.

Veuillez signer et renvoyer par courrier postal ou par e-mail à l'adresse indiquée en haut de la page

Lieu et date

  
TT.MM.JJJJ

Signature Assuré

Signature

Auteur du sinistre (s'il ne s'agit pas de l'assuré)