



Déclaration de sinistre pour l'assurance responsabilité civile privée et bâtiments

1. Personne assurée

Veillez fournir tous
les renseignements
de manière complète

Nom

Police n°

Prénom

Date de naissance

Rue et n°

N° de tél. en journée

NPA/localité

Adresse e-mail

2. Auteur du sinistre

Nom

Date de naissance

Prénom

Rue et n°

N° de tél. en journée

NPA/localité

Adresse e-mail

3. Sinistre

Veillez fournir tous
les renseignements
de manière complète

Date du sinistre

Heure du sinistre

Lieu du sinistre

Circonstances du sinistre

Vous considérez-vous comme responsable?

En partie

Non

Oui

4. Rapport de police

Non

Oui, par le poste de police



5. Témoins

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

6. Blessés

1 ^{re} personne blessée	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
	N° de tél. en journée	<input type="text"/>	Adresse e-mail	<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 ^e personne blessée	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
	N° de tél. en journée	<input type="text"/>	Adresse e-mail	<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

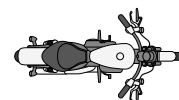
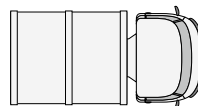
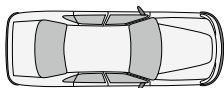
Marque et type

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 Sympany 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 Sympany.

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

Lieu et date

Signature