



Déclaration de sinistre pour l'assurance véhicules automobiles

1. Personne assurée

Veuillez fournir tous les renseignements de manière complète

Nom	<input type="text"/>	Police n°	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Date de naissance	<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"/>

2. Conducteur du véhicule

Nom	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>	Permis de conduire depuis	<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. Votre véhicule

Marque et type	<input type="text"/>	Plaques de contrôle	<input type="text"/>
Numéro de matricule	<input type="text"/>		

4. Sinistre

Prière de remplir entièrement tous les champs ainsi que le schéma

Date du sinistre	<input type="text"/>	Heure du sinistre	<input type="text"/>
Lieu du sinistre	<input type="text"/>		

Circonstances du sinistre: description

Schéma

Véhicules					
du PA	de la partie adverse	Autres	Motocycliste	Cycliste	Piéton

Vous considérez-vous comme responsable?

En partie Non Oui



5. Rapport de police

Non Oui, par le poste de police

6. 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"/>

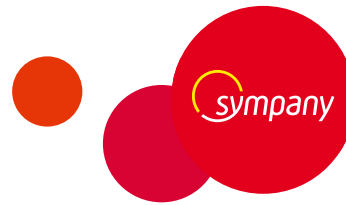
7. Blessés

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"/>

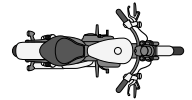
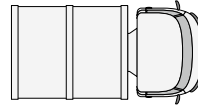
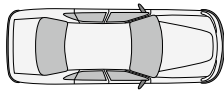
8. Dommages matériels aux tiers

Véhicule de tiers endommagé

Données relatives au détenteur du véhicule	Nom	<input type="text"/>	Rue et n°	<input type="text"/>
	Prénom	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
Données relatives au véhicule	Marque et type	<input type="text"/>	Plaques de contrôle	<input type="text"/>
	Assuré auprès de	<input type="text"/>		
Où le véhicule peut-il être examiné et à partir de quand?		<input type="text"/>		



Veuillez indiquer les parties endommagées



Montant prévu des frais de réparation

Objets de tiers endommagés

Données relatives au
propriétaire des objets
concernés

Nom

Rue et n°

Prénom

NPA/localité

Objet

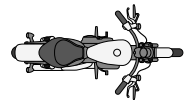
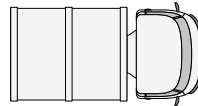
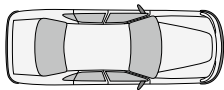
Etendue des dommages

9. Dommages matériels au véhicule propre

En cas de collision
avec des animaux,
veuillez joindre le rapport
du garde-chasse à la
déclaration de sinistre

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

Veuillez indiquer les parties endommagées



Montant prévu des frais de réparation

10. Remarques

11. 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