



Déclaration de sinistre – Assurance véhicule

Données de l'assurance

Numéro de contrat

Numéro de sinistre

Données personnelles de la personne annonçant le sinistre

Qui annonce le sinistre?

Nom

Téléphone

Prénom

Email

Données personnelles du preneur d'assurance

Titre

Mme

M.

Entreprise

Nom

Téléphone

Prénom

Email

Rue / Numéro

C.P. / Lieu

Données du sinistre

Date

Lieu / Pays

Heure

Rue / Numéro

Comment est-ce que le sinistre est survenu ?

Déroulement

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

Joindre une copie du permis de conduire

Données du conducteur

Titre

Mme

M.

Nom

Téléphone

Prénom

Email

Rue / Numéro

Date de naissance

C.P. / Lieu

Date du permis de conduire

Données de la partie lésée

Titre

Mme

M.

Entreprise

Nom

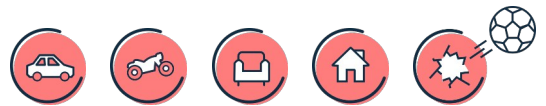
C.P. / Lieu

Prénom

Téléphone

Rue / Numéro

Email



Votre véhicule	Véhicule tiers
Marque	Marque
Type	Type
Numéro de plaque	Numéro de plaque
Qu'est-ce qui est endommagé ?	Qu'est-ce qui est endommagé ?

Autres objets endommagés	
Qu'est-ce qui a été endommagé ?	Qui est le propriétaire de l'objet endommagé ?

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

Informations sur les dommages corporels	
Quelqu'un a-t-il été blessé ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Qui a été blessé ?	<input type="checkbox"/> Preneur d'assurance <input type="checkbox"/> Autres
Titre	<input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> M.
Nom	Profession
Prénom	Employeur
Date de naissance	Médecin/ Hôpital
Rue / Numéro	Téléphone
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 ainsi qu'à consulter des dossiers officiels. Le/la soussigné(e) autorise Simpego Assurances SA, en cas de recours contre un tiers responsable ou son assureur responsabilité civile, à communiquer à ce dernier les données nécessaires à l'exercice du droit de recours. 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.

Lieu et date	Signature
	Détenteur
	Conducteur (si pas le détenteur)

Veillez nous retourner ce formulaire dûment rempli à :

Simpego Assurances SA
Sinistres ou claims@simpego.ch
Hohlstrasse 556
CH-8048 Zürich