



## 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

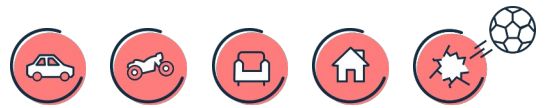
C.P. / Lieu

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 ?  Oui  Non

Qui a été blessé ?  Preneur d'assurance  Autres

Titre  Mme  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 (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 <https://simpego.ch/fr/protection-des-donnees>.

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

**Veillez nous retourner ce formulaire dûment rempli à :**

Simpego Assurances SA

Sinistres

Hohlstrasse 556

CH-8048 Zürich

ou

claims@simpego.ch