



Adresse postale
Smile Assurance
Case postale 99
8010 Zurich

A votre service
Centre Sinistres

Helvetic Motion AG
Werfstrasse 80
8302 Kloten

Sinistre responsabilité véhicule à moteur
Police no 1975246

Sehr geehrte Damen und Herren,

Merci de nous retourner ce formulaire dûment rempli et signé.

Veuillez indiquer sur la première ligne le nom de la personne de contact si nous avons des questions.

Personne à contacter:

Téléphone	Email
-----------	-------

Etes-vous assujéti?	() non () oui	TVA no
---------------------	-----------------	--------

Assurance de protection juridique?	() non () oui	Compagnie
------------------------------------	-----------------	-----------

Le cas lui a-t-il été annoncé?	() non () oui	
--------------------------------	-----------------	--

Identification de votre véhicule (selon indications du permis de circulation)

Marque et type	Plaques de contrôle	1ère mise en circulation	No matricule	Kilométrage
----------------	---------------------	--------------------------	--------------	-------------

Conducteur du véhicule susmentionné au moment du sinistre

Nom, prénom

Rue no.	NPA lieu
---------	----------

Date de naissance	Téléphone	Email
-------------------	-----------	-------

Permis de conduire valable	() non () oui	Date	Catégorie
----------------------------	-----------------	------	-----------

Circonstances du sinistre

Date	Heure (0-24)	Lieu et rue
------	--------------	-------------

Rapport de police	() non () oui	Établi par quel poste?
-------------------	-----------------	------------------------

Estimez-vous que vous (ou le conducteur de votre véhicule) êtes () fautif () en partie fautif () non fautif

Description et croquis du sinistre

(à remplir même s'il y a un rapport de police)

Véhicules			Moto-cycliste	Cycliste	Piéton
Véhicule du PA	Véhicule de la partie adverse	Autres véhicules			

Témoins

Passager(s) de votre véhicule (Noms, prénoms, adresses, tél., email)

1.

2.

Autres témoins de l'accident (Noms, prénoms, adresses, tél., email)

1.

2.

Personnes blessées

Noms, prénoms, adresses, tél., email (s'il y en a plus de deux, veuillez joindre une feuille supplémentaire)

Âge

1.

2.

Genre de blessure

Profession du blessé

Employeur

1.

2.

Nom et adresse du médecin traitant/hôpital

Où est-il assuré contre les accidents?

1.

2.

Êtes-vous apparenté avec une des personnes blessées?

() non

() oui, avec

Dommages matériels de tiers

Véhicule endommagé de la partie adverse (s'il y en a plusieurs, veuillez joindre une feuille supplémentaire)

Détenteur (Nom, prénom, adresse, tél., email)

assujetti à la TVA?

() non

() oui

Êtes-vous apparenté au détenteur?

() non

() oui

Suite dommages matériels de tiers

Marque et type

No des plaques de contrôle

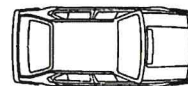
Veuillez marquer le point de collision par
→ et dessiner l'endroit endommagé

Où est-il assuré en responsabilité civile? () casco partielle? () casco complète?

Où peut-on inspecter le véhicule?

A partir de quand?

Estimation des frais de rép.: env. CHF



Objets endommagés (bicyclette, clôture, champ, bagages, vêtements, animaux, etc.)

Objet

Genre de dommage

Montant du dommage
CHF

Propriétaire (Nom, prénom, adresse, tél., email)

Dommages casco

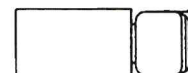
Nature du dommage

Veuillez marquer le point de collision par
→ et dessiner l'endroit endommagé

Qui effectuera la réparation?

A partir de quand?

Coût des réparations env. CHF



Paieement à

Titulaire du compte yc. adresse

IBAN

J'autorise Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA, Saint-Gall (ci-après Helvetia), dont la succursale est smile.direct assurances, de traiter des données dans l'étendue nécessaire en rapport avec le règlement du sinistre, ainsi qu'auprès de médecins, hôpitaux, personnel médical et leurs auxiliaires, autorités, notamment l'autorité compétente pour les mesures administratives dans la circulation routière, la police, les pompiers, des assureurs privés et sociaux tels que les assureurs AI et LAA, en Suisse et à l'étranger, et je délègue à cet effet les services mentionnés ainsi que leurs auxiliaires de leur secret de fonction ou professionnel ou de leur obligation de garder le secret et je les autorise à fournir des renseignements à Helvetia ainsi qu'aux tiers mentionnés ci-dessous.

J'autorise en outre Helvetia à transmettre des données à l'office AI compétent, à la caisse de pension ou à d'autres assureurs sociaux ou privés concernés.

Je prends connaissance du fait qu'Helvetia peut, si nécessaire, mandater d'autres tiers (p. ex. experts et prestataires de services externes) pour la fourniture de prestations de services et leur confier le traitement des données. Les tiers mentionnés sont tenus de traiter les données selon les mêmes principes de la législation sur la protection des données comme Helvetia.

Afin de lutter contre la fraude à l'assurance, Helvetia est affiliée aux systèmes d'information centraux Car Claims Info et Système d'informations et de renseignements (HIS), qui sont exploités par la SVV Solution SA.

Dans la banque de données Car Claims Info sont enregistrées les données des véhicules concernés par un sinistre. Grâce à cet échange de données entre les assureurs impliqués, il est possible de déterminer si un sinistre automobile déclaré a déjà été payé par une autre assurance dans le passé. L'examen de l'historique des sinistres est automatisé. Une mesure du potentiel d'abus est alors effectuée afin d'évaluer les scénarios d'abus.



Une inscription dans le HIS est effectuée en rapport avec des motifs d'inscription prédéfinis de nature du droit des assurances. Chaque personne est informée par écrit de son inscription.

Ces fichiers sont déclarés auprès du Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (PFPDT) et les inscriptions se font sur la base d'un règlement dont il a connaissance.

Le propriétaire des bases de données est SVV Solution SA. Pour plus d'informations sur HIS, voir www.svv.ch/fr/his et sur Car Claims Info, voir www.svv.ch/fr/car-claims-info.

Lieu et date

Signature du(de la) client(e)
