

# FORMULAIRE DE SINISTRE

## Accompagnement psychologique

TSM Assistance  
C/O AXA XL Insurance  
2, cours de Rive  
1204 Genève  
Suisse  
Tél : +41 (0)22 819 44 58  
Fax: +41 (0)22 819 44 99  
E-mail :  
europcar.axaclaimservices@tsm-  
assistance.com

**ASSUREZ-VOUS DE BIEN SIGNER LA DECLARATION EN BAS DE LA PAGE.**

**Veillez remplir le formulaire ci-dessous informatiquement ou au STYLO et en MAJUSCULES.**

Adressez-nous les documents par :

Mail : [europcar.axaclaimservices@tsm-assistance.com](mailto:europcar.axaclaimservices@tsm-assistance.com) ou

Voie postale : TSM Assistance C/O AXA XL Insurance, 2, cours de Rive, 1204 Genève, Suisse.

### Informations générales

Numéro de contrat de location de véhicule \_\_\_\_\_

PAI   
SPAI

### Coordonnées de la personne qui a loué la voiture (Conducteur dans le contrat de location)

Société \_\_\_\_\_

Prénom(s) et Nom(s) de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postale \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone et/ou mobile \_\_\_\_\_

Adresse courriel/e-mail \_\_\_\_\_

### Coordonnées de la personne qui nécessite l'accompagnement psychologique

Même personne qui a loué la voiture (Conducteur dans le contrat de location)

Prénom(s) et Nom(s) de famille \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postale \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone et/ou mobile \_\_\_\_\_

Adresse courriel/e-mail \_\_\_\_\_

### Coordonnées bancaires du bénéficiaire

Merci de nous faire parvenir le Relevé d'Identité Bancaire / RIB / IBAN – ou tout document officiel émis par la banque.

## Information concernant l'accident

---

Date et heure de l'accident \_\_\_\_\_

Lieux de l'accident \_\_\_\_\_

Description de l'accident \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Prénom(s) et Nom(s) de famille du conducteur \_\_\_\_\_

Existe-t-il un rapport de police ? Oui  Non

Si oui, merci de spécifier \_\_\_\_\_

Nom de l'unité de police qu'as signé le rapport \_\_\_\_\_

Numéro du rapport de police \_\_\_\_\_

Présence de témoins

Si oui, merci de spécifier \_\_\_\_\_

Témoin 1

Prénom(s) et Nom(s) de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone et/ou mobile \_\_\_\_\_

Témoin 2

Prénom(s) et Nom(s) de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone et/ou mobile \_\_\_\_\_

## Déclaration

---

Je déclare sur l'honneur que les informations indiquées dans ce formulaire sont authentiques, complètes et exactes.

Lieu, date

Signature (représentant assuré)