

FORMULAIRE DE SINISTRE

Frais Médicaux Accidentels

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 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 a eu les frais médicaux

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

En cas affirmatif, veuillez spécifier _____

Nom de l'unité de police qu'as signé le rapport _____

Numéro du rapport de police _____

Présence de témoins
En cas affirmatif, veuillez 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 assurée)