

► **Veillez noter que les ordres de réparation ne peuvent être émis que par la compagnie d'assurance ou AMAG Leasing. Le formulaire dûment rempli doit être retourné à AMAG Leasing dans les 5 jours suivant sa réception.**

Notification dommage à:
movon@tcs.ch
Tél. 0848 567 567

Envoyez le formulaire de sinistre à:
Touring Club Schweiz
Schadenmanagement AMAG Leasing
Bahnhofstrasse 5
3322 Urtenen-Schönbühl

No. sinistre _____ **Lieu de l'accident (lieu, rue)** _____
Date de l'accident _____ **Police** Oui Non **Poste de Police** _____
Heure de l'accident _____ **Qui a causé l'accident*?** _____

Preneur de leasing (Assuré)

Nom _____
Rue _____
NPA/Ville _____
Tél. _____

Conducteur

Nom _____
Rue _____
NPA/Ville _____
Tél. _____
Dt. d. naissance _____
No. Permis de conduire _____
Date d'émission _____

Compagnie d'assurance

Nom _____
Filiale/Bureau _____
No. de police _____

Données du véhicule

No. d'immatr. _____
Genre de véhicule _____
Marque/Modèle _____
No. chassis _____
Kilométrage _____

Où le véhicule doit-il être réparé?

Garage _____
Rue _____
NPA/Ville _____
Tél. _____
Contact _____

Adversaire de l'accident (Assuré)

Nom _____
Rue _____
NPA/Ville _____
Tél. _____

Fahrer

Nom _____
Rue _____
NPA/Ville _____
Tél. _____
Dt. d. naissance _____
No. Permis de conduire _____
Date d'émission _____

Compagnie d'assurance

Nom _____
Filiale/Bureau _____
No. de police _____

Données du véhicule

No. d'immatr. _____
Genre de véhicule _____
Marque/Modèle _____
No. chassis _____
Kilométrage _____

Où le véhicule doit-il être réparé?

Garage _____
Rue _____
NPA/Ville _____
Tél. _____
Contact _____

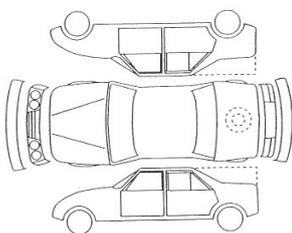
Avez-vous besoin d'une voiture de remplacement pendant la réparation?

Oui Non Veuillez noter que la voiture de remplacement sera organisée et facturée par la gestion de sinistre.

Remarques

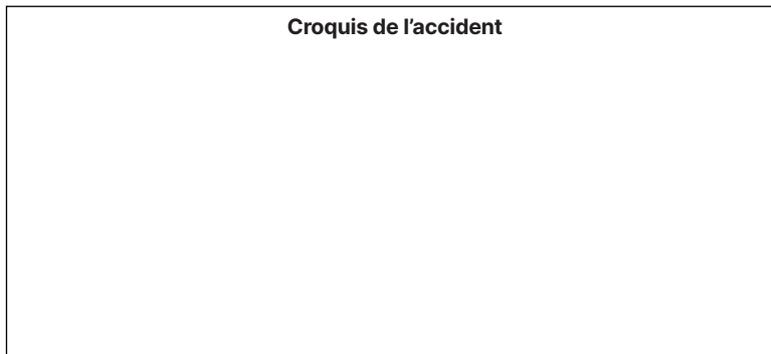
Accident/Dommage (Veuillez également indiquer si un rapport de police a été créé)

A) Preneur de leasing

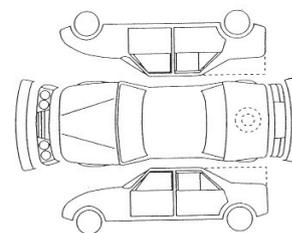


Marquez l'endroit de la collision du véhicule

Croquis de l'accident



B) Adversaire de l'accident



Marquez l'endroit de la collision du véhicule

Passager et témoin

Passager Témoin

Nom _____

Rue _____

NPA/Ville _____

Tél. _____

Passager et témoin

Passager Témoin

Nom _____

Rue _____

NPA/Ville _____

Tél. _____

Blessure ou homicide (pour responsabilité civile et/ou assurance de l'accident)

Blessure Homicide

Nom _____

Rue _____

NPA/Ville _____

Tél. _____

État civil _____

Date de naissance _____

Profession _____

Procuration

Le /la soussignée autorise la société à se procurer auprès d'autres assureurs ou auprès de tiers des renseignements relatifs au cas de sinistre et à prendre connaissance des dossiers officiels et des actes judiciaires qui se rapportent à ce dernier.

Le/la soussigné(e) autorise en outre les médecins et les tiers interrogés par la société à fournir à la société ou à son service médical tous les renseignements souhaités en relation avec le cas de sinistre.

Le/la soussigné(e) approuve le fait que la société puisse transmettre des données découlant de ce cas de sinistre, dans la mesure nécessaire, à d'autres assureurs, à savoir à des co-assureurs et à des ré-assureurs en Suisse et à l'étranger.

Lieu et date _____

Signature conducteur _____

Lieu et date _____

Signature conducteur _____