

► **La preghiamo di notare che gli ordini di riparazione sono emessi solo dall'assicurazione o da movon AG. La dichiarazione del sinistro dev'essere compilata ed inviata ad movon AG entro 5 giorni dalla ricevuta.**

Informazione del sinistro a:
movon@tcs.ch
Tel. 0848 567 567

Inviare la dichiarazione sinistro a:
Touring Club Schweiz
Schadenmanagement movon AG
Bahnhofstrasse 5
3322 Urtenen-Schönbühl

Numero di dossier _____

Luogo del sinistro (indirizzo) _____

Data dell'accaduto _____

Polizia Sì Nein Commissariato _____

Orario _____

Chi ha causato il sinistro* _____

Assuntore del leasing (Contraente d'assicurazione)

Nome _____

Indirizzo _____

CAP/Luogo _____

N° Tel. _____

Conducente

Nome _____

Indirizzo _____

CAP/Luogo _____

N° Tel. _____

Data di nascita _____

N° patente _____

Date d'emissione _____

Compagnia d'assicurazione

Nome _____

Agenzia _____

N° polizza _____

Dati della vettura

N° targa _____

Genere di veicolo _____

Marca/Modello _____

N° telaio _____

Chilometraggio _____

Dove va riparato il veicolo?

Officina _____

Indirizzo _____

CAP/Luogo _____

N° Tel. _____

Contatto _____

Controparte (Contraente d'assicurazione)

Nome _____

Indirizzo _____

CAP/Luogo _____

N° Tel. _____

Conducente

Nome _____

Indirizzo _____

CAP/Luogo _____

N° Tel. _____

Data di nascita _____

N° patente _____

Date d'emissione _____

Compagnia d'assicurazione

Nome _____

Agenzia _____

N° polizza _____

Dati della vettura

N° targa _____

Genere di veicolo _____

Marca/Modello _____

N° telaio _____

Chilometraggio _____

Dove va riparato il veicolo?

Officina _____

Indirizzo _____

CAP/Luogo _____

N° Tel. _____

Contatto _____

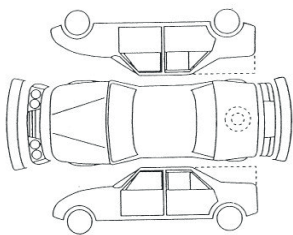
Avete bisogno di un veicolo sostitutivo durante la riparazione?

Sì No Si prega di notare, che il veicolo sostitutivo sarà organizzata e fatturata dalla gestione dei sinistri.

Commento

Modalità del sinistro (da compilare in ogni caso, anche se già compilato dalla polizia)

A) Assuntore del Leasing

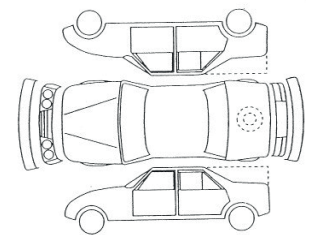


Segnare la parte dell'impatto

Schizzo



B) Avversario dell'incidente



Segnare la parte dell'impatto

Passeggero e testimoni

Passeggero Testimoni

Nome

Indirizzo

CAP/Luogo

N° Tel.

Passeggero e testimoni

Passeggero Testimoni

Nome

Indirizzo

CAP/Luogo

N° Tel.

Infortunio o omicidio di persone (per le assicurazioni: responsabilità civile e/o infortunio)

Infortunio Omicidio

Nome

Indirizzo

CAP/Luogo

N° Tel.

Stato civile

Data di nascita

Datore di lavoro

Procura

Il/La sottoscritto/a autorizza agenzia di altre assicurazioni o terzi a procurarsi informazioni relative al sinistro e la visione di atti amministrativi e legali in riferimento al sinistro.

Inoltre Il/La sottoscritto/a autorizza la società di poter fornire informazioni attinenti al sinistro a medici e terzi.

Il/La sottoscritto/a è d'accordo, che la società, nell'entità dei dati richiesti, fornisca informazioni attinenti al sinistro ad assicurazioni, nominativamente ad assicuratori e riassicuratori nel territorio nazionale e all'estero.

Luogo e Data

Firma del conducente

Luogo e Data

Firma del conducente
