

► **La preghiamo di notare che gli ordini di riparazione sono emessi solo dall'assicurazione o da AMAG Leasing. La dichiarazione del sinistro dev'essere compilata ed inviata ad AMAG Leasing 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 AMAG Leasing  
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

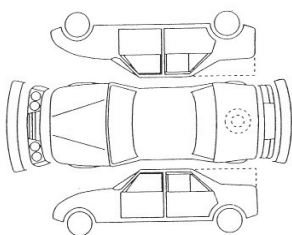
---

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

---

---

### A) Assuntore del Leasing

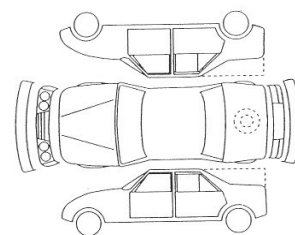


Segnare la parte dell'impatto

### 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 \_\_\_\_\_