

Déclaration de sinistre

ALPHABET

Déclaration de sinistre au: tél. +41 800 81 84 18 ou par fax au +41 449 08 64 01 / **Envoyer une déclaration de sinistre à:** Schadenzentrum AG, Alphabet Fuhrparkmanagement (Schweiz) AG, Industriestrasse 12, 8305 Dietlikon, alphabet@schadenzentrum.ch

Oui Non

Date de l'évènement

Heure

Lieu de l'accident (lieu, rue)

Police

Service

Personne responsable de l'accident

Preneur de leasing (Preneur d'assurance)

Nom

Rue

NPA/lieu

N° de tél.

Conducteur

Nom

Rue

NPA/lieu

Date de naissance

N° de permis de conduire Catégorie

Date de délivrance de la cat. B

Compagnie d'assurance

Nom

Succursale

N° de police

Données du véhicule

Plaque d'immatriculation

Type de véhicule

Marque/modèle

Numéro de châssis

Kilométrage

Où peut-on voir le véhicule pendant la journée?

Atelier

Adresse

NPA/lieu

N° de tél.

Partie adverse (Preneur d'assurance)

Nom

Rue

NPA/lieu

N° de tél.

Conducteur

Nom

Rue

NPA/lieu

Date de naissance

N° de permis de conduire Catégorie

Date de délivrance de la cat. B

Compagnie d'assurance

Nom

Succursale

N° de police

Données du véhicule

Plaque d'immatriculation

Type de véhicule

Marque/modèle

Numéro de châssis

Kilométrage

Où peut-on voir le véhicule pendant la journée?

Atelier

Adresse

NPA/lieu

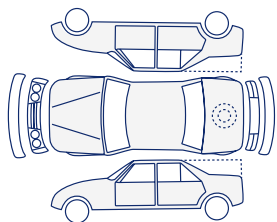
N° de tél.

Circonstances de l'accident

(à remplir, même en cas de procès-verbal de la police)

ALPHABET

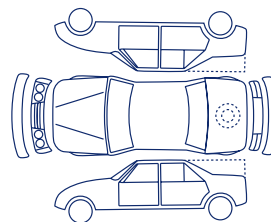
Indiquez le point d'impact sur le véhicule



Croquis de l'accident



Indiquez le point d'impact sur le véhicule



Brève description de l'accident

Passagers et témoins

Nom

Adresse

NPA/lieu

N° de tél.

Personnes blessées ou décès

(Pour l'assurance responsabilité civile et/ou l'assurance-accident)

Nom

Adresse

NPA/lieu

Métier

État civil

Date de naissance

Employeur

Passagers et témoins

Nom

Adresse

NPA/lieu

N° de tél.

Personnes blessées ou décès

(Pour l'assurance responsabilité civile et/ou l'assurance-accident)

Nom

Adresse

NPA/lieu

Métier

État civil

Date de naissance

Employeur

Veuillez noter que les commandes de réparation peuvent être initiées uniquement par la compagnie d'assurance ou Alphabet. Le formulaire rempli doit être réceptionné par Alphabet Gestion Parc de Véhicules (Suisse) SA dans les cinq (5) jours suivant la date du sinistre.

Le soussigné autorise la compagnie d'assurance à recueillir des informations sur le sinistre auprès d'autres assureurs ou tiers et à consulter les dossiers officiels et judiciaires relatifs à celui-ci.

Par ailleurs, le soussigné autorise les médecins et autres personnes tierces consultés par la compagnie d'assurance à fournir à la compagnie d'assurance et son service médical toutes les informations relatives au sinistre.

Le soussigné accepte que la compagnie d'assurance puisse, dans la mesure du nécessaire, fournir des données relatives au sinistre à d'autres assureurs, surtout aux coassureurs et réassureurs dans le pays ou à l'étranger.

Lieu et date

Signature du conducteur

Lieu et date

Signature du conducteur