

Déclaration de sinistre



Déclaration d'accident à: Tél. +41 800 81 84 18. Fax: +41 449 08 64 01
Envoyer la déclaration de sinistre à: Schadenzentrum AG, Alphabet Fuhrparkmanagement (Schweiz) AG
Industriestrasse 12, 8305 Dietlikon, alphabet@schadenzentrum.ch

Date de l'événement:

Heure: _____

Lieu de l'accident (lieu, rue): _____

Police: oui non

Poste: _____

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: _____ Classe: _____

Date d'émission de la cat. B: _____

Compagnie d'assurance

Nom: _____

Agence: _____

N° de police: _____

Données du véhicule

Plaque de contrôle: _____

Type de véhicule: _____

Marque/modèle: _____

N° de châssis: _____

Kilométrage: _____

Où le véhicule peut-il être examiné durant la journée?

Garage: _____

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: _____ Classe: _____

Date d'émission de la cat. B: _____

Compagnie d'assurance

Nom: _____

Agence: _____

N° de police: _____

Données du véhicule

Plaque de contrôle: _____

Type de véhicule: _____

Marque/modèle: _____

N° de châssis: _____

Kilométrage: _____

Où le véhicule peut-il être examiné durant la journée?

Garage: _____

Adresse: _____

NPA/lieu: _____

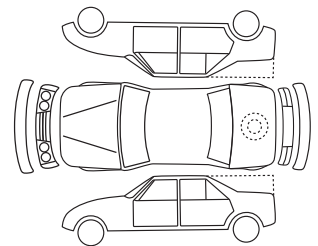
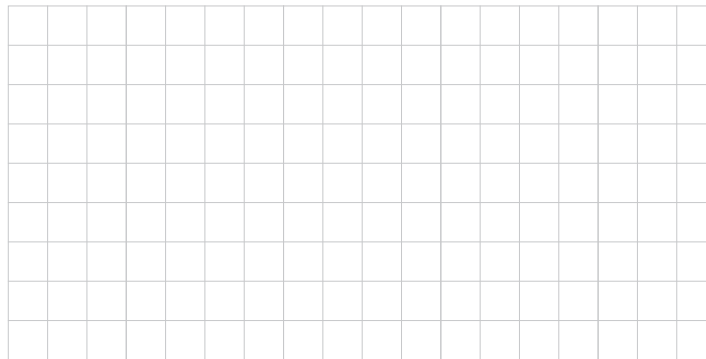
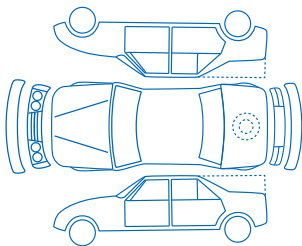
N° de tél.: _____

Déroulement de l'accident (à remplir également en cas d'établissement d'un rapport de police)

Indiquez le point de choc sur le véhicule:

Croquis de l'accident

Indiquez le point de choc sur le véhicule:



Passagers et témoins

Nom: _____
 Adresse: _____
 NPA/lieu: _____
 N° de tél.: _____

Personnes blessées ou décédées

(pour l'assurance responsabilité civile ou accidents)

Nom: _____
 Adresse: _____
 NPA/lieu: _____
 Profession: _____
 Etat civil: _____
 Date de naissance: _____
 Employeur: _____

Passagers et témoins

Nom: _____
 Adresse: _____
 NPA/lieu: _____
 N° de tél.: _____

Personnes blessées ou décédées

(pour l'assurance de responsabilité civile ou accidents)

Nom: _____
 Adresse: _____
 NPA/lieu: _____
 Profession: _____
 Etat civil: _____
 Date de naissance: _____
 Employeur: _____

Procuration

Le/la soussigné(e) autorise la société à se procurer des renseignements concernant le sinistre auprès d'autres assurances ou tiers et à consulter les actes officiels et judiciaires en rapport avec le sinistre.

Le/la soussigné(e) autorise par ailleurs les médecins et personnes tierces interrogées par la société à fournir toutes les informations demandées par cette dernière ou son service médical en rapport avec le sinistre.

Le/la soussigné(e) accepte en outre que la société transmette, dans la mesure nécessaire, des données résultant du sinistre à d'autres assureurs, et plus précisément à des coassureurs ou réassureurs en Suisse comme à l'étranger.

Lieu et date: _____
 Signature du conducteur: _____

Lieu et date: _____
 Signature du conducteur: _____

Veuillez noter que les ordres de réparation peuvent uniquement être donnés par l'assurance ou Alphabet. Le formulaire dûment rempli et signé doit parvenir à la société Alphabet Fuhrparkmanagement (Schweiz) AG dans les 5 jours suivants la date du sinistre.