

FORMULAIRE DE SINISTRES

Protection des conducteurs et passagers des véhicules d'Europcar PAI / SPAI - EUROPCAR MOBILITY GROUP

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE A L'ENCRE NOIRE EN LETTRES MAJUSCULES

Merci de bien remplir ce formulaire et de le retourner dès que possible (délai prévu par votre contrat) par e-mail ou par courrier aux coordonnées mentionnées ci-dessous

TSM Assistance
c/o AXA XL Insurance
Service Sinistres Assurances Europcar AXA XL Insurance
2 cours de Rive - 1204 Genève - SUISSE
Ou par e-mail à
europcar.axaclaimservices@tsm-assistance.com
Téléphone + 41 22 819 44 58

Souscripteur **EUROPCAR MOBILITY GROUP**

Numéro de contrat

- PAI FR00024381SP
 SPAI FR00024393SP

Informations conducteur (s)

Nom et prénom _____

Adresse _____

Code postal / Ville/ Pays _____

Numéro de téléphone _____

E-mail _____

Informations sur le sinistre ou l'accident

Date et heure du sinistre _____

Lieu du sinistre _____

Type de sinistre

- Vol ou destruction de Bagages
 Frais médicaux consécutif à un accident
 Invalidité consécutive à un accident
 Décès consécutif à un accident

Circonstances du sinistre ou de l'accident :

Justificatif à fournir

Merci de joindre les documents ci-dessous au présent document :

- Copie du contrat de location du véhicule loué par l'Assuré auprès d'Europcar

Informatique et Libertés

L'assureur est responsable du traitement des données collectées par le présent formulaire. Toutes les réponses au questionnaire sont obligatoires et sont nécessaires pour la gestion et l'exécution de votre contrat.

Les données de santé sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical ou personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux).

Conformément à la réglementation "Informatique et Libertés", vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motif légitime aux informations qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit sur demande écrite (avec copie d'une pièce d'identité) adressée à AXA XL Insurance ou au médecin-conseil de la compagnie spécifiquement pour vos informations médicales.

Déclaration

Je certifie que les informations contenues dans la présente déclaration sont, à ma connaissance, complètes, exactes et authentiques.

Lieu, Date

Signature du conducteur

Liste de vérification

Merci de retourner ce formulaire à **europcar.axaclaimservices@tsm-assistance.com** ou par courrier (coordonnées en première page) et de vous assurer que :

- Vous avez complété tous les items de ce formulaire
 Vous avez joint les informations/documents demandés
 Vous avez daté et signé ce formulaire

Après ouverture et analyse de votre dossier, des documents complémentaires vous seront demandés.

Merci d'avoir complété ce formulaire.

