

# FORMULAIRE DE SINISTRES

## Protection des conducteurs et passagers des véhicules d'Europcar PAI / SPAI - Europcar International

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

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions pertinentes de ce formulaire et de le retourner dès que possible (délai prévu par votre contrat) par email ou par courrier aux coordonnées mentionnées en haut de page

**TSM Assistance**  
**c/o AXA Corporate Solutions**  
Service Sinistres Assurances Europcar AXA CS  
2 cours de Rive - 1204 Genève – SUISSE  
Ou par email à  
**europcar.axaclaims@tsm-assistance.com**  
Phone + 41 22 819 44 58

**Souscripteur** EUROPCAR International

### Numéro de contrat

PAI XFR0078448GP  
 SPAI XFR0078449GP

### Personne assurée

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal / Ville \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

### Informations sur le sinistre ou l'accident

Date et heure du sinistre ou accident \_\_\_\_\_

Lieu du sinistre ou accident \_\_\_\_\_

Description du sinistre

- Décès accidentel  
 Invalidité permanente accidentelle  
 Frais médicaux  
 Bagages

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

## Justificatif à fournir

---

Merci de joindre au présent document :

- La photocopie du contrat de location pour le véhicule loué par l'Assuré auprès d'Europcar
- 

## Informatique et liberté

---

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 Corporate Solutions 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 de l'assuré

---

## Liste de vérification

---

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

- Vous avez complété toutes les questions pertinentes de ce formulaire  
 Vous avez joint les informations/documents demandés  
 Vous avez signé ce formulaire

Tout manquement entrainera des délais supplémentaires dans la gestion de votre dossier.

Merci d'avoir complété ce formulaire