

SINISTRE - ASSURANCE CASCO VÉHICULE DE LOCATION CDW/LDW

Numéro de carte	Référence
------------------------	-----------

1. Indication sur la personne assurée

Nom	Prénom
Rue et n°	CP/Localité
Tél. portable	Tél. Prof.
E-mail	Date de naissance

2. Titulaire du compte / Coordonnées bancaires (*indispensable*)

Nom	Prénom
Rue et n°	CP/Localité
Nom de la banque	CP/Localité
IBAN (<i>obligatoire</i>)	SWIFT/BIC
N° compte (<i>si IBAN non disponible</i>)	

3. Information relatives au véhicule loué

Agence de location	@W`]hf
Tél.	E-mail
Durée de la location	du au

4. Informations relatives au conducteur et au sinistre

Nom	Prénom
Rue et n°	CP/Localité
Tél	E-mail
Date de naissance	
Le titulaire voyageait-il avec le conducteur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date et heure du sinistre	
Lieu du sinistre	
Avez-vous pris contact avec le loueur après l'incident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date	
Y a-t-il eu une vérification du taux d'alcoolémie en relation avec l'accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si la réponse est oui, quel était votre taux constaté ?	
Description (<i>Si pas de constat, rapport de police ou autre document, merci de préciser les circonstances</i>).	

Y-a-t-il eu un tiers identifié ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui spécifier les coordonnées)	
Nom	Prénom
Rue et n°	NPA/Lieu
Tél	E-mail
Nom et adresse de la Compagnie d'assurance du tiers	
Qui selon-vous est responsable de l'accident ?	
La police ou la gendarmerie ont-elles été informés ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si oui joindre rapport)	

5. Informations complémentaires concernant d'autres assurances

Une autre assurance est-elle susceptible de prendre en charge ce sinistre (Assurance voyage d'affaire, de l'agence de location, toute autre assurance) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous déjà annoncé ce sinistre auprès de cette compagnie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom et adresse de la Compagnie d'assurance	

6. Montant du dégat réclamé par l'agence de location

Détails/description dégâts	
Somme demandée	Somme payée
Montant de la location	

7. Temps de location non utilisé en cas d'hospitalisation

Temps de location non utilisé	du	au
Rapatriement du véhicule	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

8. Veuillez joindre les documents suivants à votre déclaration de sinistre

<input type="checkbox"/> Copie du contrat et facture de location
<input type="checkbox"/> Copie de la déclaration de sinistre faite auprès de l'agence
<input type="checkbox"/> Copie du permis de conduire du conducteur
<input type="checkbox"/> Copie de la facture de réparations/dégâts
<input type="checkbox"/> Copie du rapport de police
<input type="checkbox"/> Rapport médical/hospitalisation (pour point 7)
<input type="checkbox"/> Preuve que l'intégralité de la location a été réglée avec la carte de crédit

9. Déclaration: je certifie l'exactitude des données fournies. Je prends connaissance du fait que je peux perdre mon droit à la prestation d'assurance si les informations fournies sont fausses, incomplètes ou contradictoires, même si cela ne porte pas préjudice à l'assureur. J'autorise expressément TSM ASSURANCES/ASSISTANCE à demander et à transmettre à des tiers, si nécessaire, toutes les informations indispensables pour la liquidation du sinistre (Agence de voyage et organisateur, compagnie de transport, police etc...)

Lieu, date

Signature de l'assuré/e

Veuillez transmettre ce formulaire à : claims@tsm-assistance.com