

RAPPORT D'ACCIDENT

1

Date de l'accident: _____
 Heure de l'accident: _____
 Lieu de l'accident (lieu, rue): _____
 Police: Oui Non
 Rapport-No.: _____
 Qui a causé l'accident: _____

Rapport d'accident téléphonique par:

Tel: +41 44 908 64 33
 Fax: +41 44 908 64 25

Rapport d'accident à envoyer à:

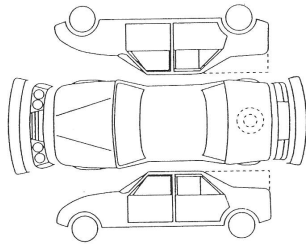
FleetService AG
Schadenzentrum
Industriestrasse 12
8305 Dietlikon
 office@fleetservice.ch

<p>Preneur de leasing (Assuré)</p> <p>Nom: _____ Rue: _____ NAP/Ville: _____ Tél: _____</p>	<p>Adversaire de l'accident (Assuré)</p> <p>Nom: _____ Rue: _____ NAP/Ville: _____ Tél: _____</p>
<p>Conducteur</p> <p>Nom: _____ Adresse: _____ NAP/Ville: _____ Tél.: _____ Dt. d. naissance: _____ No permis de conduire: _____ Catégorie: _____ Date d'émission: _____</p>	<p>Conducteur</p> <p>Nom: _____ Adresse: _____ NAP/Ville: _____ Tél.: _____ Dt. d. naissance: _____ No permis de conduire: _____ Catégorie: _____ Date d'émission: _____</p>
<p>Compagnie d'assurance</p> <p>Nom: _____ Bureau: _____ No de Police: _____</p>	<p>Compagnie d'assurance</p> <p>Nom: _____ Bureau: _____ No de Police: _____</p>
<p>Données de véhicule</p> <p>No. d'immatr.: _____ Genre de véhicule: _____ Marque/Modèle: _____ No Chassis: _____ KM compteur: _____</p> <p>Où visiter le véhicule durant la journée?</p> <p>Garage: _____ Adresse: _____ NAP/Ville: _____ Tél.: _____</p>	<p>Données de véhicule</p> <p>No. d'immatr.: _____ Genre de véhicule: _____ Marque/Modèle: _____ No Chassis: _____ KM compteur: _____</p> <p>Où visiter le véhicule durant la journée?</p> <p>Garage: _____ Adresse: _____ NAP/Ville: _____ Tél.: _____</p>

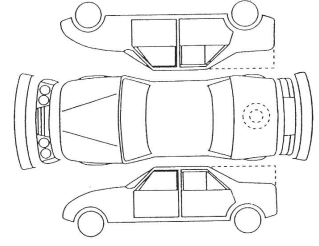
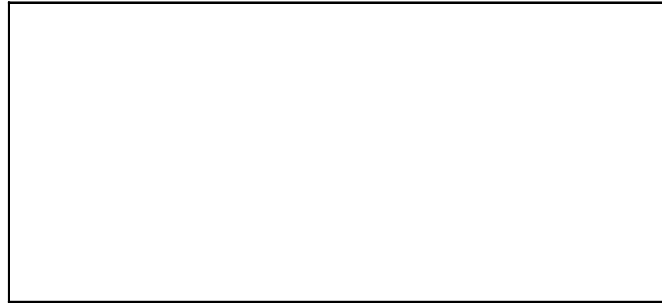


Accident (s.v.p. remplir aussi si la police constitue un rapport d'accident)

Croquis de l'accident



Marquez l'endroit de la collision en véhicule



Marquez l'endroit de la collision en véhicule

Passager et témoin

Passager Témoin

Nom: _____
 Adresse: _____
 NAP/Ville: _____
 Tél.: _____

Passager et témoin

Passager Témoin

Nom: _____
 Adresse: _____
 NAP/Ville: _____
 Tél.: _____

Blessure ou homicide (pour responsabilité civile et/ou assurance de l'accident)

Nom: _____ État civil: _____
 Adresse: _____ Dt.d.naissance: _____
 NAP/Ville: _____ Employeur: _____
 Profession: _____

Procuration

Le/la soussigné(e) autorise la société à se procurer auprès d'autres assureurs ou auprès de tiers des renseignements relatifs au cas de sinistre et à prendre connaissance des dossiers officiels et des actes judiciaires qui se rapportent à ce dernier.

Le/la soussigné(e) autorise en outre les médecins et les tiers interrogés par la société à fournir à la société ou à son service médical tous les renseignements souhaités en relation avec le cas de sinistre.

Le/la soussigné(e) approuve le fait que la société puisse transmettre des données découlant de ce cas de sinistre, dans la mesure nécessaire, à d'autres assureurs, à savoir à des coassureurs et à des réassureurs en Suisse et à l'étranger.

Ville et date: _____

Signature conducteur: _____

Ville et date: _____

Signature conducteur: _____

prise en compte pour une réparation du véhicule.
Pour être pris en compte, le formulaire complété doit être retourné dans les 5 jours après le sinistre Fleetservice AG.