

## MODULO D' ANNUNCIO SINISTRO

### Protezione dei conducenti e passeggeri di veicoli Europcar PAI / SPAI - EUROPCAR MOBILITY GROUP

SIETE PREGATI DI COMPILARE IL FORMULARIO UTILIZZANDO UNA PENA NERA E SCRIVENDO IN MAIUSCOLO.

Vi ringraziamo in anticipo per inoltrato appena possibile. La preghiamo di completare e ritornare il modulo al più presto possibile (tempi previsti dal nostro contratto) per e-mail o per posta all'indirizzo di seguito:

**TSM Assistance**  
**c/o AXA XL Insurance**  
Service Sinistres Assurances AXA XL Insurance  
2 cours de Rive - 1204 Genève – SUISSE  
Oppure via e-mail à  
**europcar.axaclaimservices@tsm-assistance.com**  
Phone + 41 22 819 44 58

**Contraente** **EUROPCAR MOBILITY GROUP**

#### Numero polizza

- PAI FR00024381SP  
 SPAI FR00024393SP

#### Assicurato

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

CP / Località \_\_\_\_\_

Numero di telefono \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

#### Informazioni sull'incidente / sinistro

Data e ora dell'incidente /sinistro \_\_\_\_\_

Luogo dell'incidente/sinistro \_\_\_\_\_

Descrizione dell'incidente/danno

- Bagagli  
 Spese mediche  
 Garanzia invalidità permanente  
 Garanzia decesso

---

## Documentazione necessaria

---

Si prega di allegare i documenti seguenti:

- Fotocopia del contratto di autonoleggio (del veicolo Europcar noleggiato dall'assicurato)**
- 

## Protezione dei dati personali

---

L'assicuratore è responsabile dei dati raccolti in questo modulo.

Tutte le risposte sono obbligatorie e necessarie per la gestione del sinistro secondo le condizioni contrattuali.

Le informazioni mediche sono destinate esclusivamente per l'utilizzo da parte del medico fiduciario della società e/o altri professionisti autorizzati (compresi esperti medici).

In accordo al regolamento sulla protezione dei dati personali si ha diritto di consultare, rettificare o cancellare i dati e le informazioni personali per motivi legittimi. Si può esercitare questo diritto, inviando una richiesta scritta (accompagnata da una copia del documento di identità) ad AXA XL Insurance (all'indirizzo sopra) o al medico di fiducia della società in materia di informazioni mediche.

---

## Dichiarazione

---

Dichiaro che tutte le informazioni fornite sono complete, veritiere e corrette

---

Luogo, Data

Firma dell' assicurato

---

## Lista

---

Si prega di restituire il modulo compilato a **europcar.axaclaimservices@tsm-assistance.com** o per posta (all'indirizzo sopra indicato) e assicurarsi di:

- Avere completato tutte le domande relative a questo modulo
- Avere compilato tutte le informazioni / documentazione
- Avere firmato il modulo

La mancata compilazione comporterà un ritardo nella gestione della richiesta.

Grazie per avere compilato questo modulo

