

FORMULARIO DE SINISTRO

Proteção dos condutores e passageiros dos veículos Europcar PAI / SPAI – EUROPCAR MOBILITY GROUP

PREENCHA O FORMULÁRIO A CANETA PRETA COM LETRAS MAIÚSCULAS, E CERTIFIQUE-SE DE ASSINAR A DECLARAÇÃO QUE CONSTA NO MESMO

Por favor preencha este formulário e devolva-o o mais rapidamente possível (dentro do prazo estipulado no seu contrato) por correio electrónico ou por correio para

TSM Assistance
c/o AXA XL Insurance
Service Sinistres Assurances Europcar AXA XL Insurance
2 cours de Rive - 1204 Genève – SUISSE
Ou por correio electrónico a
europcar.axaclaimservices@tsm-assistance.com
+ 41 22 819 44 58

Tomador da apólice EUROPCAR MOBILITY GROUP

Número de apólice de seguro

- PAI FR00040938MO
 SPAI FR00040937MO

Pessoa segura

Nome completo _____

Endereço _____

Código postal/Concelho _____

Número de telefone _____

Endereço de correio electrónico _____

Informação sobre o sinistro ou acidente

Data e hora do sinistro ou acidente _____

Local do sinistro ou acidente _____

Descrição do sinistro ou acidente

- Roubo ou destruição de bagagens
 Despesas médicas na sequência de um acidente
 Garantia de invalidez permanente na sequência de um acidente
 Garantia morte na sequência de um acidente

Circunstâncias do incidente ou acidente : _____

Documentos comprovativos a anexar

Anexe ao formulário de sinistro o documento seguinte:

- Uma copia do contrato de aluguer do carro da Europcar por parte do segurado**
-

Personal Data Protection Proteção de dados pessoais

AXA XL Insurance, é responsável pelo tratamento dos dados recolhidos por este formulário.

Todas as respostas ao questionário são obrigatórias e são necessárias para a gestão e execução do seu contrato.

Os dados de saúde destinam-se exclusivamente ao médico da companhia de seguros e ao seu serviço médico ou a pessoas autorizadas internas ou externas (em particular peritos médicos).

Em conformidade com o regulamento "Informatique et Libertés", tem o direito de acesso, rectificação e oposição, por razões legítimas, a informações que lhe digam respeito. Pode exercer este direito enviando um pedido escrito (com uma cópia do seu bilhete de identidade) à AXA XL Insurance ou ao conselheiro médico da empresa especificamente para a sua informação médica.

Declaração

Declaro que toda a informação prestada é íntegra, verdadeira e correta, não tendo omitido qualquer informação que pudesse afectar o tratamento desta participação.

Local, Data

Assinatura do segurado

Lista de verificação

Por favor devolva este formulário a europcar.axaclaimservices@tsm-assistance.com ou por correio (detalhes de contacto na primeira página), e certifique se que:

- Respondeu a TODAS as perguntas pertinentes contidas no presente formulário
- Anexou toda a informação e/ou documentação solicitada
- Assinou o presente formulário

Após a abertura e análise do seu processo, podem ser solicitados documentos adicionais.

Obrigado por ter preenchido este formulário

