

► **La preghiamo di notare che gli ordini di riparazione sono emessi solo dall'assicurazione o da AMAG Leasing. La dichiarazione del sinistro dev'essere compilata ed inviata ad AMAG Leasing entro 5 giorni dalla ricevuta.**

**Informazione del sinistro a:**

amagleasing@tcs.ch  
Tel. 0848 567 567  
Fax 058 827 50 10

**Inviare la dichiarazione sinistro a:**

Touring Club Schweiz  
Schadenmanagement AMAG Leasing  
Bahnhofstrasse 5  
3322 Urtenen-Schönbühl

**Numero di dossier**

---

**Data dell'accaduto**

---

**Orario**

---

**Luogo del sinistro (indirizzo)**

---

**Polizia**  Si  No **Commissariato**

---

**Chi ha causato il sinistro\***

---

**Assuntore del leasing (Contraente d'assicurazione)**

Nome

---

Indirizzo

---

CAP/Luogo

---

N° Tel.

---

**Conducente**

Nome

---

Indirizzo

---

CAP/Luogo

---

N° Tel.

---

Data di nascita

---

N° patente

---

Date d'emissione

---

**Compagnia d'assicurazione**

Nome

---

Agenzia

---

N° polizza

---

**Dati della vettura**

N° targa

---

Genere di veicolo

---

Marca/Modello

---

N° telaio

---

Chilometraggio

---

**Dove va riparato il veicolo?**

Officina

---

Indirizzo

---

CAP/Luogo

---

N° Tel.

---

Contatto

---

**Controparte (Contraente d'assicurazione)**

Nome

---

Indirizzo

---

CAP/Luogo

---

N° Tel.

---

**Conducente**

Nome

---

Indirizzo

---

CAP/Luogo

---

N° Tel.

---

Data di nascita

---

N° patente

---

Date d'emissione

---

**Compagnia d'assicurazione**

Nome

---

Agenzia

---

N° polizza

---

**Dati della vettura**

N° targa

---

Genere di veicolo

---

Marca/Modello

---

N° telaio

---

Chilometraggio

---

**Dove va riparato il veicolo?**

Officina

---

Indirizzo

---

CAP/Luogo

---

N° Tel.

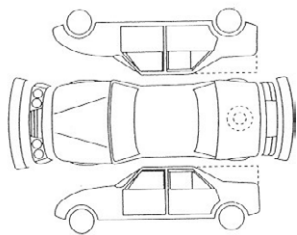
---

Contatto

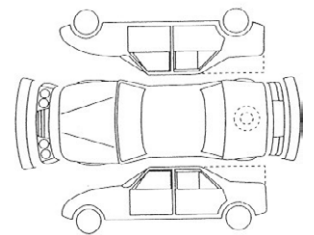
---

**Avete bisogno di un veicolo sostitutiva durante la riparazione?** Sì  No

Si prega di notare, che il veicolo sostitutiva sera organizzata e fatturata dalla gestione die sinistri.

**Commento****Modalità del sinistro** (da compilare in ogni caso, anche se già compilato della polizia)**A) Assuntore del Leasing**

Segnare la parte dell'impatto

**Schizzo****B) Avversario dell'incidente**

Segnare la parte dell'impatto

**Passeggero e testimoni** Passeggero  Testimoni**Nome****Indirizzo****CAP/Luogo****N° Tel.****Passeggero e testimoni** Passeggero  Testimoni**Nome****Indirizzo****CAP/Luogo****N° Tel.****Infortunio o omicidio di persone**

(per le assicurazioni: responsabilità civile e / o infortunio)

 Infortunio  Omicidio**Nome****Indirizzo****CAP/Luogo****N° Tel.****Stato civile****Data di nascita****Datore di lavoro****Procura**

Il/La sottoscritto/a autorizza agenzia di altre assicurazioni o terzi a procurarsi informazioni relative al sinistro e la visione di atti amministrativi e legali in riferimento al sinistro.

Inoltre Il/La sottoscritto/a autorizza la società di poter fornire informazioni attinenti al sinistro a medici e terzi.

Il/La sottoscritto/a e d'accordo, che la società, nell'entità dei dati richiesti, fornisca informazioni attinenti al sinistro ad assicurazioni, nominativamente ad assicuratori e riassicuratori nel territorio nazionale e all'estero.

**Luogo e Data****Firma del conducente****Luogo e Data****Firma del conducente**