

DECLARATION DE SINISTRE LORS DE TRANSPORT

DATE DU SINISTRE

HEURE DU SINISTRE

LIEU DU SINISTRE

Informations relatives au sinistre

NOM / PRENOM

DATE DE NAISSANCE

TÉLÉPHONE

ADRESSE COMPLETE

Assurance Accident : _____

Médecin traitant : _____

Lésions corporelles éventuelles :

Détail des dommages matériels :

Coordonnées des éventuels témoins :

Type d'abonnement

La personne lésée était détentrice au moment des faits d'un (cocher ce qui convient) :

Abonnement TPG n° _____

Abonnement SwissPass n° _____

Billet (merci de bien vouloir l'annexer à la présente ou l'envoyer par courrier)

Informations relatives au véhicule TPG

Tram / Autobus / Trolleybus / Véhicule de service / Autres

LIGNE CONCERNÉE

DIRECTION (TERMINUS)

NUMÉRO DE VÉHICULE OU IMMATRICULATION

N° DE MATRICULE DU CONDUCTEUR TPG
