



## Déclaration de sinistre (à bord d'un véhicule TPF)

Date :

Heure:

Lieu:

### Informations relatives au sinistre

Nom et prénom de la personne lésée :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de téléphone :

Employeur :

Nom de l'assurance accident :

Nom du médecin traitant :

Détail des lésions corporelles :

Détail des dommages matériels éventuels:

Coordonnées des éventuels témoins :

La personne lésée était détentrice au moment des faits :

Abonnement TPF n°

Abonnement général n°

Billet (merci de bien vouloir l'annexer à la présente)

## **Données relatives au véhicule (bus, trolleybus et train) TPF**

Ligne :

Direction :

Train :

Autobus (ou plaque d'immatriculation) n° :

Trolleybus n° :

Conducteur TPF (n° de matricule ou nom) :

### **Déroulement de l'événement**

Merci de nous indiquer les circonstances avec précision afin d'optimiser le traitement de votre dossier

Ce formulaire est à adresser au service assurances

Email : [serviceassurances@tpf.ch](mailto:serviceassurances@tpf.ch)

Courrier : TPF – Service assurances, Case postale 1536, 1701 Fribourg

Fax : 026 / 351 02 90