SWANDOO

Formulaire de remplacement du produit

Cher/Chère client(e),

Notre priorité, c'est la sécurité de votre enfant et vous. Notre promesse « toujours à vos côtés » est notre première préoccupation dans ce que nous faisons et nous souhaitons votre bien-être.

Remplissez ce formulaire et envoyez-le à l'adresse hello@swandoo.com, nous nous occuperons du reste.

INFORMATIONS SUR LE SIÈGE-AUTO

Modèle : _____

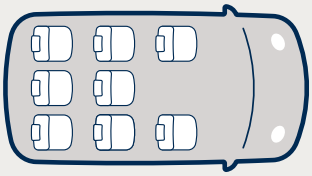
Numéro de série : _____
(il figure sur l'autocollant situé sur le fond du siège-auto)

Date d'achat : _____
(par ex. 13/mai/2019)

Lieu d'achat : _____
(par ex. nom et lieu du détaillant)

Les informations suivantes seront attentivement analysées par notre équipe de recherche et développement. Nous nous efforçons de faire de la recherche et d'optimiser constamment nos produits, en offrant une plus grande sécurité aux tout-petits. Ces réponses ne sont pas obligatoires, mais elles peuvent aider votre famille Swandoo et les experts en sécurité à analyser les performances de nos sièges-autos primés, avec des expériences de vie réelle d'événements que nous aurions préféré ne voir jamais arriver. Merci d'avance pour votre aide.

Positionnement sur le véhicule :



Comment le siège-auto était-il fixé ? ◯ ISOFIX ◯ Ceinture de sécurité de la voiture ◯ Pas fixé

Sens du siège-auto : ◯ Dos à la route ◯ Face à la route

INFORMATIONS SUR LE VÉHICULE

Marque (par ex. Audi, Toyota...) : _____

Modèle : _____

Année : _____

Sens de la marche : ◯ Côté droit ◯ Côté gauche (par ex. Royaume-Uni, Japon)

INFORMATIONS SUR L'ENFANT

Surnom : _____

Âge : _____

Stature : _____ ◯ cm ◯ in

Poids : _____ ◯ kg ◯ lb

L'enfant a-t-il subi des blessures ? ◯ Non, aucune ◯ Légères (par ex. contusions, coupures, etc.)

◯ Graves (par ex. brûlures, fractures, traumatismes internes, etc.)

Did she/he receive medical attention? ◯ Non ◯ Oui, aux urgences

◯ Oui, il a été hospitalisé pendant plus de 24 heures

INFORMATIONS SUR L'ÉVÉNEMENT

Date et heure (par ex. 13/mai/2019 - 24:00) :

Lieu de l'événement (par ex. route, adresse) :

Vitesse : ◯ Km/h ◯ mph

Type de route :
- ◯ Route urbaine
- ◯ Autoroute / route express à plusieurs voies
- ◯ Route de campagne

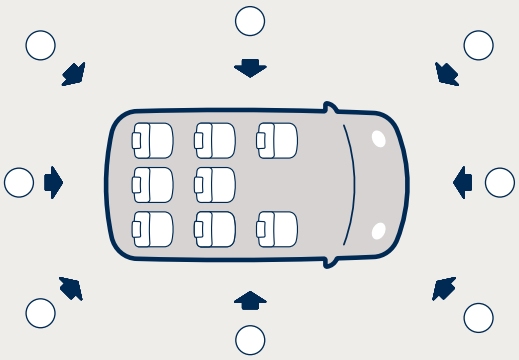
Nombre de personnes voyageant dans le véhicule :

Le conducteur a-t-il été blessé ?
- ◯ Non, aucune
- ◯ Légères (par ex. contusions, coupures, etc.)
- ◯ Graves (par ex. brûlures, fractures, traumatismes internes, etc.)

A-t-il reçu des soins médicaux ?
- ◯ Non
- ◯ Oui, aux urgences
- ◯ Oui, il a été hospitalisé pendant plus de 24 heures

Courte description de l'accident :

Sens du choc :



Informations supplémentaires :
- ◯ Un autre véhicule a été impliqué
- ◯ Le véhicule s'est retourné
- ◯ La police a été appelée
- ◯ Les airbags ont explosé

Avant d'envoyer le formulaire, veuillez y joindre : **le procès-verbal de la police** ou une déclaration de sinistre auprès de la compagnie d'assurance, **la facture originale** et, si vous les possédez, des photos du véhicule, le mode d'installation ou le siège-auto après l'événement.

Le programme de remplacement du produit est volontaire et ne comporte aucun remboursement financier ni une autre offre différente du remplacement par un siège-auto équivalent. En outre, nous nous réservons le droit de changer, altérer, modifier ou annuler toute condition à tout moment sans préavis ni obligation.

En signant ce document, vous acceptez que vos données soient élaborées et utilisées aux fins indiquées par Swandoo GmbH selon notre Politique de confidentialité swandoo.com/privacy-policy.

Lieu et date

Nom et signature