

Annonce de sinistre

N° de sinistre

Assurance frais d'annulation avant le début du voyage

Chère cliente, cher client,

Vous avez malheureusement dû annuler votre voyage. Afin de vous fournir une prestation d'assurance dans les plus brefs délais, nous avons besoin d'informations complémentaires vous concernant. Merci de remplir soigneusement le présent avis de sinistre en joignant les documents utiles suivants:

- Titres de voyage (Facture d'annulation et de réservation avec conditions d'annulation de l'organisateur)
- Certificat médical/avis de décès
- Rapport médical (lorsque le montant du sinistre est supérieur à CHF 1000, veuillez faire remplir l'attestation médicale ci-jointe par votre médecin traitant.)
- Copie de la police d'assurance

Questions concernant le preneur d'assurance (ayant droit)

Nom: _____

Prénom(s): _____

Né(e) le: _____

Rue/N°: _____

NPA/Lieu: _____

Tél. (accessible pendant la journée): _____

Adresse e-mail: _____

Compte bancaire (IBAN): _____

Code banque (BIC/SWIFT): _____

Questions concernant l'assurance

1. Etes-vous assuré contre les frais d'annulation auprès d'autres compagnies d'assurance? oui non

Compagnie: _____

N° de police: _____

Questions concernant le voyage prévu

2. Date de réservation: _____

3. Date d'annulation auprès de: (agence de voyage/organisateur): _____

4. Combien de personnes ont réservé le voyage ensemble? _____

5. Combien d'entre elles ont annulé le voyage? _____

6. Quel est le lien entre les participants au voyage? _____

Questions concernant l'événement

7. Maladie grave soudaine Accident Décès Autres motifs: _____

Bref résumé des faits: _____

Confirmation et procuration

L'EUROPÉENNE est libérée de l'obligation de verser des prestations si, après la survenance du sinistre, la personne assurée tente de présenter de manière trompeuse des faits importants pour la détermination du droit à prestation ou du montant de celle-ci.

J'autorise les médecins, les établissements de soins et les assureurs en tout genre à communiquer à L'EUROPÉENNE Assurances Voyages SA tous renseignements nécessaires et libère les personnes susmentionnées de leur devoir légal de garder le secret.

Lieu et date

Signature de l'auteur du dommage ou de son représentant légal

Lieu et date

Signature de l'assuré ou de son représentant légal

Questions concernant l'événement:

1. Date du premier traitement en lien avec l'événement: _____ Heure: _____
2. Indiquer le diagnostic exact (sans abréviation): _____

3. Y a-t-il eu d'autres traitements ou des consultations de suivi? oui non
4. Quand le patient est-il tombé malade ou a-t-il eu son accident? Date: _____
5. Cette pathologie a-t-elle déjà été soignée auparavant une ou plusieurs fois? oui non
 Si oui, quelles ont été les périodes de traitement? _____ Dates: _____
6. Anamnèse: _____

7. Y a-t-il eu une détérioration grave et inattendue de l'état de santé du patient? oui non
 Si oui, quand? _____
8. Le patient était-il dans l'incapacité de travailler? oui non
 Si oui, de: _____ à: _____
9. Le patient a-t-il eu un traitement hospitalier? oui non
 Si oui, de quelle date à quelle date? (Veuillez joindre une copie de la feuille de sortie du patient)
10. Le patient a-t-il subi une opération? oui non
 Si oui, date de l'opération: _____
11. Quand la date de l'opération a-t-elle été convenue? _____ Date: _____

Questions concernant la capacité du patient à voyager

12. Au moment de la réservation, existait-il une contre-indication médicale de voyage? oui non
 Motifs: _____

13. Quand a-t-on pu observer pour la première fois que le voyage ne pourrait pas avoir lieu en raison de l'état de santé du patient?
 Date: _____
 Motifs: _____

14. Avez-vous été informé par votre patient de son intention de voyager? oui non
 Si oui, quand? _____ Date: _____
15. D'après vous, quand le patient aurait-il pu à nouveau entreprendre le voyage? _____ Date: _____

Autres remarques:
