

Annonce de sinistre

N° de sinistre

Assurance SOS pendant le voyage

Chère cliente,
Cher client,

Pour nous permettre de déterminer si nous pouvons accorder une prestation d'assurance, nous avons besoin de certains renseignements importants. Veuillez remplir soigneusement le présent avis de sinistre en annexant les documents suivants, si demandés:

- Certificat médical
- Attestation de la réservation de l'organisateur du voyage/du prestataire de services
- Etat détaillé des dépenses, resp. des prétentions
- Titres de voyage non remboursables
- Quittances – originaux
- Rapport du guide de voyage
- Police d'assurance ou certificat d'assurance (copie)

Au cas où vous ne pouvez répondre à une question que partiellement ou pas du tout, veuillez en donner la raison.

Questions concernant le preneur d'assurance (ayant droit)

Nom: _____

Prénom: _____

Né(e) le: _____

Rue/N°: _____

NPS/Lieu: _____

Téléphone (accessible pendant la journée): _____

Adresse e-mail: _____

Compte bancaire (IBAN): _____

Code banque (BIC/SWIFT): _____

Nom et adresse de la banque: _____

Questions concernant l'auteur du sinistre (s'il ne s'agit pas du preneur d'assurance)

Nom: _____

Prénom: _____

Né(e) le: _____

Quels sont les liens avec le preneur d'assurance?

1. L'auteur du sinistre a-t-il voyagé lui-même? _____

oui non

2. Si oui, quand le voyage de retour a-t-il eu lieu? _____

Questions concernant l'assurance

3. Date de la conclusion du contrat d'assurance, resp. du paiement de la prime: _____

4. Par qui/par quel intermédiaire l'assurance a-t-elle été conclue? _____

5. Numéro de la police/du certificat d'assurance: _____

6. Existe-t-il d'autres assurances pour couvrir cet événement? _____

oui non

7. Si oui, lesquelles? _____

8. Une indemnité a-t-elle déjà été demandée ou versée par une autre assurance? _____

oui non

9. Si oui, à qui ou par qui? _____

Questions concernant l'interruption la suspension la prolongation du voyage

10. Date de l'ordre de réservation:

11. Organisateur du voyage:

12. Date du retour imprévu/du retour temporaire au lieu d'habitation:

13. Date de retour prévue à l'origine:

14. Notre centrale d'alarme a-t-elle été contactée? oui non

15. Si non, veuillez en donner les motifs:

Questions concernant l'événement

16. Motif du changement:

Maladie grave soudaine Décès Accident

Autres motifs:

17. Bref résumé des faits:

18. Quand l'événement a-t-il eu lieu?

Date:

Si applicable

19. Un médecin a-t-il été consulté?

oui non

20. Si oui, date de la première consultation?

Date:

21. Nom et adresse du médecin consulté:

22. Pour quelle raison le médecin a-t-il proposé d'interrompre le voyage?

23. Quand, exactement?

Date:

24. Indiquer le diagnostic exact (sans abréviation):

L'EUROPÉENNE est libérée de l'obligation de verser des prestations si, après la survenance du cas d'assurance, la personne assurée commet une tentative de tromperie dolosive sur des faits importants pour la détermination du droit à prestation ou du montant de celle-ci.

J'autorise les médecins, les établissements de soins en tout genre et les assureurs à communiquer à l'EUROPÉENNE Assurances Voyages SA tous renseignements nécessaires sur les maladies, suites d'accidents et infirmités qui existaient auparavant ou qui sont apparues pendant la durée du contrat. Je relève les personnes susmentionnées de leur obligation légale de garder le secret.

Lieu et date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal