

ASSISTANCE PENDANT LE VOYAGE

DÉCLARATION DE SINISTRE

SEPTEMBRE 2020

QUI EST ASSURÉ?

Nom	Prénom
Rue/N°	NPA/localité
Tél	E-mail
N° de police (facultatif)	

QUEL EST LE TYPE DE VOYAGE CONCERNÉ?

Privé ou Professionnel dans le cadre de mes fonctions de

Quand le voyage a-t-il été réservé? . . .

Combien de temps devait-il durer? . . .

Quelle était la destination prévue? Du . . . au . . .

QUI PARTICIPE AU VOYAGE?

Prénom et nom	Lien de parenté
Prénom et nom	Lien de parenté
Prénom et nom	Lien de parenté
Prénom et nom	Lien de parenté

COMBIEN A COÛTÉ LE VOYAGE?

Quel était le coût total du voyage? (CHF)

AVEZ-VOUS RÉGLÉ LE VOYAGE AU MOYEN D'UNE CARTE DE CRÉDIT?

Non Oui, numéro . . . , date d'expiration /

QUEL EST L'OBJET DE LA DÉCLARATION?

Retour anticipé le . . .

Retour retardé le . . .

QUE S'EST-IL PASSÉ?

Accident Maladie Autre

EN CAS DE MALADIE: DE QUOI S'AGIT-IL?

Veillez décrire l'évolution de la maladie

Les symptômes se sont-ils manifestés de façon soudaine?

Non, je les avais remarqués depuis longtemps Oui, le

Quand avez-vous consulté un médecin et lequel?

Le, j'ai consulté le docteur

Les symptômes s'étaient-ils déjà manifestés auparavant?

Non Oui, pour la première fois le

Avez-vous consulté un médecin?

Non Oui, le docteur

EN CAS D'ACCIDENT: DE QUOI S'AGIT-IL?

Veillez décrire l'accident

Quelles blessures avez-vous subies?

Quand et où l'accident a-t-il eu lieu?

Le à h à

Avez-vous consulté un médecin?

Non Oui, le chez le docteur

Un tiers a-t-il causé l'accident?

Non Oui, M./Mme, résidant à

Cette personne dispose-t-elle d'une assurance responsabilité civile?

Non / ne sais pas Oui, chez

Y a-t-il des témoins de l'accident?

Non Oui, M./Mme, résidant à

Un rapport de police a-t-il été établi?

Non Oui, par les services officiels de

Au moment de l'accident, étiez-vous sous l'influence de médicaments, de l'alcool ou d'autres drogues?

Non Oui, lesquels

DANS TOUS LES CAS: AVEZ-VOUS D'AUTRES ASSURANCES INTERRUPTION DE VOYAGE/MALADIE?

Assurance voyage chez

Assurance-accidents chez

Caisse maladie chez

Assurance complémentaire chez

SUR QUEL COMPTE L'INDEMNISATION DOIT-ELLE ÊTRE VERSÉE?

Titulaire du compte

IBAN

Si le/la titulaire du compte n'est pas la personne assurée, veuillez indiquer son adresse complète

à

Par l'envoi de la présente déclaration de sinistre, j'atteste que les informations fournies sont exactes et complètes. J'ai été informé(e) AWP P&C S.A. (Suisse) allait examiner les informations transmises pour justifier ma demande afin d'évaluer son obligation de me verser une indemnisation. J'accepte qu'elle se procure les informations nécessaires et qu'elle ait aussi accès aux dossiers des agences et agents de voyages, des entreprises de transport, des autorités (police, tribunaux, etc.), d'autres assureurs, etc., et je libère les entités susnommées de leur obligation légale ou contractuelle au secret professionnel. Je libère également du secret professionnel les médecins et le personnel médical cités dans les documents fournis ou impliqués dans le traitement. En ce qui concerne un traitement antérieur, la présente libération du secret professionnel ne s'applique que dans la mesure où ces informations sont nécessaires à la vérification de l'obligation d'indemnisation. J'accepte en outre que les informations fournies soient transmises, dans le cadre du règlement des sinistres, en tout ou en partie aux prestataires soumis à des normes équivalentes de protection des données dans le pays ou dans d'autres pays européens et que les données personnelles me concernant ou concernant le sinistre, y compris les données personnelles sensibles, soient transmises aux sociétés de services susmentionnées afin d'être traitées dans le but indiqué. J'ai été informé(e) que, dans le cadre de la fourniture des prestations, mes données personnelles seront traitées dans le respect du Règlement général sur la protection des données (RGPD) de l'UE et de la loi fédérale sur la protection des données (LPD) et je confirme avoir lu et compris les informations relatives à la protection des données (<https://www.allianz.ch/fr/service/protection-des-donnees/>).

Lieu et date

Afin qu'ils soient traités rapidement, veuillez nous faire parvenir le présent formulaire accompagné des documents suivants par e-mail à claims.ch@allianz.com ou par courrier chez AWP P&C S.A. (Suisse), Service des sinistres, Case postale, 8010 Zurich:

Confirmation(s) de réservation et facture(s) relative(s) au voyage

Documents et attestations officielles documentant l'incident signalé (par ex. certificat médical détaillé, déclaration d'accident, etc.)

Quittances des dépenses imprévues/frais supplémentaires (hors hébergement)