

ANNULATION AVANT LE DÉPART EN VOYAGE DÉCLARATION DE SINISTRE

SEPTEMBRE 2020

QUI EST ASSURÉ?

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

POUR QUELLE RAISON AVEZ-VOUS ANNULÉ CE VOYAGE?

Maladie Accident Grossesse Décès

Autre incident

QUI A ÉTÉ VICTIME DE L'INCIDENT?

Moi-même

Un membre de la famille

Autre

QUEL TYPE DE VOYAGE ÉTAIT PRÉVU?

Privé ou Professionnel dans le cadre de mes fonctions de

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

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

Combien de temps devait-il durer? Du . . au . .

Quelle était la destination prévue?

QUELS VOYAGEURS ONT DÛ ANNULER LA RÉSERVATION AVEC VOUS?

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

QUELLE SOMME A ÉTÉ ENGAGÉE?

Quel était le coût total du voyage? (CHF)

Quel était le montant total des frais d'annulation? (CHF)

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

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

DISPOSEZ-VOUS D'UNE AUTRE ASSURANCE COUVRANT LES FRAIS D'ANNULATION?

Non Oui, auprès de la société _____, agence _____

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

Décompte des frais d'annulation

Documents et attestations officielles documentant l'incident signalé (par ex. certificat médical détaillé en cas d'incapacité à voyager, déclaration d'accident, rapport de police, etc.)