

Annonce de sinistre

N° de sinistre

Assurance frais médicaux/accident

Chère cliente,
Cher client,

En vue du règlement simple et rapide de la prestation d'assurance, nous avons besoin de quelques renseignements importants. Veuillez remplir soigneusement le présent avis de sinistre en annexant les documents suivants, si demandés:

- Rapport de police
- Preuve de l'entrée en Suisse/dans la Principauté de Liechtenstein (p. ex. une copie du passeport avec le timbre d'entrée)
- Quittances avec ordonnances – originaux
- Factures (médecin, hôpital) – originaux
- 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 (la personne qui a conclu l'assurance)

Nom: _____
Prénom(s): _____ Né(e) le: _____
Rue/N°: _____
NPA/Lieu: _____
Téléphone (accessible pendant la journée): _____ Adresse e-mail: _____
Compte bancaire (IBAN): _____
Code banque (BIC/SWIFT): _____
Nom et adresse de la banque: _____

Questions à la personne assurée

Date d'entrée en Suisse/dans la Principauté de Liechtenstein: _____
Date de départ de Suisse/de la Principauté de Liechtenstein: _____
Nom: _____ Prénom(s): _____
Né(e) le: _____ Nationalité: _____

Questions concernant l'assurance

1. Date de la conclusion du contrat d'assurance, resp. du paiement de la prime: _____
2. Par qui/par quel intermédiaire l'assurance a-t-elle été conclue? _____
3. Numéro de la police/du certificat d'assurance: _____
4. Existe-t-il d'autres assurances pour couvrir cet événement? oui non
5. Si oui, lesquelles? _____
6. Une indemnité a-t-elle déjà été demandée ou versée par une autre assurance? oui non
7. Si oui, à qui ou par qui? _____

Questions concernant l'accident

8. Jour de l'accident: _____ Heure de l'accident: _____
9. Lieu de l'accident: _____

10. Description de la blessure:

11. La personne blessée était-elle sous l'effet de l'alcool, de médicaments ou de drogues? oui non

12. Un médecin a-t-il été consulté? oui non

13. Si oui, quand pour la première fois? Date:

14. Nom et adresse du médecin traitant:

15. Est-ce que le traitement est terminé? oui non

16. Si non, quelle est sa durée probable et jusqu'à quelle date:

17. D'autres factures sont-elles à prévoir? oui non

18. Si oui, de la part de qui? – Nom et adresse:

19. Qui a causé l'accident? – Nom et adresse:

20. Assurance de l'auteur du sinistre:

21. Quel moyen de transport a-t-il été utilisé?

22. La personne blessée conduisait-elle le véhicule? oui non

23. Si oui, possédait-elle l'autorisation de conduire requise? oui non

24. Dans quelles circonstances l'accident s'est-il produit?

25. L'accident a-t-il fait d'autres victimes? oui non

26. Si oui, veuillez indiquer les noms et adresses:

27. Y a-t-il des témoins oculaires de l'accident? oui non

28. Si oui, veuillez indiquer les noms et adresses:

29. La police a-t-elle constaté l'accident? oui non

30. Si non, veuillez indiquer les raisons:

Nom de la personne assurée: Date de naissance:

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