

Annonce de sinistre

N° de sinistre

Assurance frais médicaux/maladie

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:

- 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 (ayant droit)

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. Une déclaration sur l'état de santé a-t-elle été remplie? oui non
Si oui, veuillez joindre une copie de cette déclaration à votre envoi. _____
5. Existe-t-il d'autres assurances pour couvrir cet événement? oui non
6. Si oui, lesquelles? _____
7. Une indemnité a-t-elle déjà été demandée ou versée par une autre assurance? oui non
8. Si oui, à qui ou par qui? _____

Questions concernant la maladie

9. Genre de maladie (description exacte de la maladie, s.v.p.):

10. S'agit-il de l'aggravation d'une maladie chronique? oui non

11. S'agit-il de l'aggravation d'une maladie préexistante? oui non

12. Si oui, a-t-elle été traitée auparavant? oui non

13. Si oui, par quel médecin? – Nom et adresse:

14. S'agit-il d'une maladie aiguë? oui non

15. Date de l'apparition des douleurs? Date:

16. Date de la première consultation d'un médecin? Date:

17. Le traitement est-il terminé? oui non

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

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

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

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