

# Annonce de sinistre

N° de sinistre:

## Assurance frais d'annulation pour des offres de l'école club MIGROS

Chère cliente, cher client,

Vous avez malheureusement dû annuler votre participation à l'offre de l'école club Migros. Afin que L'EUROPÉENNE Assurances Voyages SA (ERV) puisse vous fournir une prestation d'assurance dans les plus brefs délais, nous vous prions de bien vouloir remplir soigneusement la présente annonce de sinistre en joignant les documents suivants:

- Facture/confirmation de réservation de l'offre
- Confirmation de votre école club Migros (concernant l'annulation, l'interruption temporaire, l'interruption totale)
- Preuve de l'événement (certificat médical/avis de décès/confirmation de l'employeur)
- Rapport médical (lorsque le montant du sinistre est supérieur à CHF 2000.-, veuillez faire remplir l'attestation médicale ci-jointe par votre médecin traitant.)

### Questions concernant le preneur d'assurance (ayant droit)

Nom: \_\_\_\_\_  
Prénom: \_\_\_\_\_ Né(e) le: \_\_\_\_\_  
Rue/N°: \_\_\_\_\_  
NPA/Lieu: \_\_\_\_\_  
Tél. (accessible pendant la journée): \_\_\_\_\_ Adresse e-mail: \_\_\_\_\_  
Compte bancaire (IBAN): \_\_\_\_\_ Code banque (BIC/SWIFT): \_\_\_\_\_

### Questions concernant l'événement

1.  Maladie grave soudaine  Accident  Décès  Autres motifs: \_\_\_\_\_

Bref résumé des faits: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Questions concernant l'assurance

2. Etes-vous assuré contre les frais d'annulation auprès d'autres compagnies d'assurance?  oui  non

Compagnie: \_\_\_\_\_ N° de sinistre police: \_\_\_\_\_

### Confirmation et procuration

L'EUROPÉENNE est libérée de l'obligation de verser des prestations si, après la survenance du sinistre, la personne assurée tente de présenter de manière trompeuse des faits importants pour la détermination du droit à prestation ou du montant de celle-ci.

J'autorise les médecins, les établissements de soins et les assureurs en tout genre à communiquer à L'EUROPÉENNE Assurances Voyages SA tous renseignements nécessaires et libère les personnes susmentionnées de leur devoir légal de garder le secret.

Lieu et date \_\_\_\_\_ Signature de l'auteur du dommage ou de son représentant légal \_\_\_\_\_

### Confirmation école club Migros

Offre réservée (nom du cours ou de la formation): \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Annulation Date de l'annulation: \_\_\_\_\_

Empêchement Nombre de cours/leçons manqué: \_\_\_\_\_ du: \_\_\_\_\_ au: \_\_\_\_\_

Lieu et date \_\_\_\_\_ Tampon et signature l'école club MIGROS \_\_\_\_\_

## Questions concernant l'événement

1. Date du premier traitement en lien avec l'événement: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_
2. Indiquer le diagnostic exact (sans abréviation): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Y a-t-il eu d'autres traitements ou des consultations de suivi?  oui  non
4. Quand le patient est-il tombé malade ou a-t-il eu son accident? Date: \_\_\_\_\_
5. Cette pathologie a-t-elle déjà été soignée auparavant une ou plusieurs fois?  oui  non  
Si oui, quelles ont été les périodes de traitement? \_\_\_\_\_ Dates: \_\_\_\_\_
6. Anamnèse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Y a-t-il eu une détérioration grave et inattendue de l'état de santé du patient?  oui  non  
Si oui, quand? \_\_\_\_\_
8. Le patient était-il dans l'incapacité de travailler?  oui  non  
Si oui, de: \_\_\_\_\_ à: \_\_\_\_\_
9. Le patient a-t-il eu un traitement hospitalier?  oui  non  
Si oui, de quelle date à quelle date? (Veuillez joindre une copie de la feuille de sortie du patient)
10. Le patient a-t-il subi une opération?  oui  non  
Si oui, date de l'opération: \_\_\_\_\_
11. Quand la date de l'opération a-t-elle été convenue? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Questions concernant la capacité de participer à l'offre

12. Au moment de la réservation, existait-il une contre-indication médicale?  oui  non  
Motifs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Quand a-t-on pu observer pour la première fois que la participation à l'offre ne pourrait pas avoir lieu ou devait être interrompue temporairement ou totalement en raison de l'état de santé du patient?  
Date: \_\_\_\_\_  
Motifs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Avez-vous été informé par votre patient de son intention de participer à l'offre?  oui  non  
Si oui, quand? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
15. D'après vous, quand le patient aurait-il pu à nouveau entreprendre la participation à l'offre? Date: \_\_\_\_\_

## Autres remarques

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_