

# Déclaration de sinistre

Numéro du sinistre

## Pour l'assurance SOS pendant le voyage

Chère cliente, cher client,

Malheureusement, votre voyage ne s'est pas déroulé comme prévu. En vue d'un traitement simple et rapide de la prestation d'assurance, nous avons besoin de renseignements précis.

Veuillez remplir soigneusement la présente déclaration de sinistre en joignant, si demandé, les justificatifs suivants:

- Titres de voyage (justificatifs de frais d'annulation et de réservation)
- Certificat médical
- Liste détaillée des dépenses/prétentions
- Originaux des quittances
- Rapport du ou de la guide de voyage/de la police
- Copie de la police d'assurance

Au cas où vous pouvez répondre à une question que partiellement ou pas du tout, veuillez en expliquer la raison.

### Questions concernant le ou la titulaire de l'assurance:

Nom: \_\_\_\_\_

Prénoms: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Rue et numéro de rue: \_\_\_\_\_

NPA et lieu: \_\_\_\_\_

Numéro téléphone (joignable la journée): \_\_\_\_\_ Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Coordonnées bancaires (IBAN): \_\_\_\_\_ Coordonnées bancaires (BIC/SWIFT): \_\_\_\_\_

### Questions concernant l'auteur-e du sinistre (s'il ne s'agit pas du ou de la titulaire de l'assurance)

Nom: \_\_\_\_\_

Prénoms: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Quels sont les liens avec le ou la titulaire de l'assurance?

1. Quels sont les liens avec le ou la titulaire de l'assurance?  Oui  Non

2. Si oui, comment est-il ou elle rentré-e? \_\_\_\_\_

### Questions concernant l'assurance

3. Date de la conclusion du contrat d'assurance ou versement de la prime: \_\_\_\_\_

4. Numéro de la police d'assurance: \_\_\_\_\_

5. Cet événement, est-il aussi couvert par d'autres assurances?  Oui  Non

6. Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_

7. Un dédommagement a-t-il déjà été demandé ou versé par une autre assurance?  Oui  Non

8. Si oui, par qui? \_\_\_\_\_

### Questions concernant la suspension, l'interruption ou la prolongation du voyage.

9. Date de la réservation: \_\_\_\_\_

10. Organisateur ou organisatrice du voyage: \_\_\_\_\_

11. Date du retour imprévu/temporaire: \_\_\_\_\_

12. Date de retour prévue à l'origine: \_\_\_\_\_

13. Notre centrale d'alarme a-t-elle été contactée?  Oui  Non

14. Si non, veuillez en expliquer la raison: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Questions concernant l'événement

15. Raison de la suspension/l'interruption/la prolongation du voyage: \_\_\_\_\_

16. Quand l'événement s'est-il produit? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

17. Résumé de l'incident: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Si applicable

18. Un médecin a-t-il ou elle été consulté-e?  Oui  Non

19. Si oui, quand c'était la première fois? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

20. Nom et adresse du médecin traitant: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. Pour quelle raison le ou la médecin a-t-il ou elle proposé d'interrompre le voyage? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

22. Quand exactement? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

23. Diagnostic exact (sans d'abréviations): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Autres remarques

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Attestation et procuration

ERV 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 et les assureurs en tout genre à communiquer à ERV tous les renseignements nécessaires et libère les personnes susmentionnées de leur devoir légal de garder le secret.

\_\_\_\_\_  
Lieu et date

\_\_\_\_\_  
Signature du ou de la titulaire de l'assurance ou de son ou sa représentante légale