



## Déclaration de sinistre pour l'assurance couverture voyage

N° de police \_\_\_\_\_ N° de sinistre (rempli par Allianz Global Assistance) \_\_\_\_\_

### 1. Indications sur la personne assurée

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

N°/rue \_\_\_\_\_ NPA/lieu \_\_\_\_\_

Téléphone privé \_\_\_\_\_ Téléphone professionnel \_\_\_\_\_

Profession \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### 2. Renseignements pour le règlement du sinistre

client \_\_\_\_\_  bureau de voyage \_\_\_\_\_

Compte bancaire \_\_\_\_\_ n° IBAN \_\_\_\_\_

Nom de la banque \_\_\_\_\_ NPA/lieu \_\_\_\_\_

Détenteur du compte (nom, adresse) \_\_\_\_\_

Compte de chèques postaux n° \_\_\_\_\_ n° IBAN \_\_\_\_\_

Avez-vous payé le voyage avec la carte de crédit?  Oui  Non

Si oui, indiquez l'institut de carte de crédit \_\_\_\_\_

N° de carte de crédit \_\_\_\_\_ Date d'échéance \_\_\_\_\_

### 3. Précisions sur les assurances

Assurance de Voyage \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ N° d'assuré. \_\_\_\_\_

Assurance accident \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ N° d'assuré. \_\_\_\_\_

Caisse maladie \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ N° d'assuré. \_\_\_\_\_

Assurance complémentaire \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ N° d'assuré. \_\_\_\_\_

### 4. Indications sur le voyage

Organisateur du voyage/Tour-opérateur/Loueur \_\_\_\_\_ Bureau de voyage/bureau d'émission \_\_\_\_\_

Destination du voyage \_\_\_\_\_ Durée du voyage du/au  privé  professionnel

Date de la réservation définitive \_\_\_\_\_ Date de la conclusion de l'assurance \_\_\_\_\_

Veillez indiquer le nom de tous les participants au voyage

1. Prénom/Nom	lien de parenté
2. Prénom/Nom	lien de parenté
3. Prénom/Nom	lien de parenté
4. Prénom/Nom	lien de parenté

Prix de l'arrangement CHF par personne	x (nombre de personnes)	= (Total) CHF
Frais supplémentaires CHF par personne	x (nombre de personnes)	= (Total) CHF

**5. Indications sur la maladie**

a) Veuillez décrire en quelques mots le déroulement de la maladie et des douleurs

---

---

---

b) Ces douleurs sont-elles apparues soudainement?  Oui  Non

c) Quand avez-vous pour la première fois ressenti ces douleurs? Date

Quand êtes-vous allés chez le médecin? Date

Quel médecin avez-vous consulté? (Nom, adresse)

---

---

d) Avez-vous déjà ressenti des douleurs avant?  Oui  Non

Si oui, quand pour la première fois? Date

A ce moment avez-vous consulté un médecin?  Oui  Non

Si oui, lequel? (Nom, adresse)

---

---

**6. Indications sur l'accident**

a) Quand et où l'accident s'est-il produit? Date                      Heures                      Lieu

b) Veuillez décrire en quelques mots le déroulement de l'accident. Que s'est-il exactement passé?

---

---

---

---

---

c) Quelles blessures avez-vous subi?

---

---

d) Etiez-vous sous l'influence de l'alcool, médicaments ou autres drogues?  Oui  Non

Si oui, sous lesquelles?

e) Avez-vous consulté un médecin/hôpital?  Oui  Non

Si oui, quand pour la première fois?  Date

Nom, adresse du médecin/hôpital

f) Une tierce personne est-elle responsable de l'accident? (Accidents de la route voir aussi questions complémentaires)  Oui  Non

Si oui, qui? (Nom, adresse)

Assurance responsabilité civile de la tierce personne	Nom	N° de police
---	-----	--------------

g) D'autres personnes ont-elles été impliquées dans cet accident?  Oui  Non

Si oui, qui? (Nom, adresse)

h) Des témoins étaient-ils présents lors de l'accident?  Oui  Non

Si oui, qui? (Nom, adresse)

i) Un rapport de police a-t-il été établi?  Oui  Non

Si oui, par quelle poste? (Nom, adresse)

7. **Déclaration** Je confirme que les renseignements fournis sont conformes à la vérité et complets. Je prends également connaissance que je perds mes droits à une prestation d'assurance si mes déclarations sont mensongères, incomplètes ou contradictoires même si pour l'assureur aucun préjudice n'intervient. Je me déclare ainsi d'accord que Allianz Global Assistance (Suisse) demande des renseignements auprès de l'organisateur du voyage et intermédiaire, auprès des entreprises de transports, administrations publiques (police, tribunal, etc.), et demande auprès des autres assureurs des renseignements, consulte des actes et libère de ce fait les personnes concernées de leur secret professionnel légal ou contractuel.

Lieu, date

Signature de l'assuré (pour les mineurs son représentant légal)

Pour traiter le sinistre, nous avons besoin des documents suivants

copie de la police d'assurance

facture de l'arrangement réservé/confirmation de réservation faite à l'origine

Frais de téléphone

Quittances pour frais supplémentaires (ravitaillement exclu)