

Formulaire de déclaration de sinistre « Annulation de voyage avant départ »

VBC Gold VBC Exclusive

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

Compte bancaire (IBAN)

Nom de la banque

NPA/lieu

Détenant du compte (nom, adresse)

Compte postal (IBAN)

Avez-vous réglé votre voyage avec une autre carte de crédit que celle mentionnée ci-dessus? Oui Non

Si oui, indiquez l'institut de carte de crédit

N° de carte de crédit X X X X Date d'échéance

3. Indications sur d'autres couvertures d'assurances

Etes-vous assuré auprès d'une autre compagnie pour les frais d'annulation? Oui Non

Compagnie

Agence

n° de police

4. Indications sur la raison de l'annulation

Pourquoi le voyage a-t-il été annulé?

 maladie
grossesseaccident décès
autre événement, lequel?

Quelle personne a été concernée?

Cette personne a-t-elle un lien de parenté avec le participant au voyage? Oui Non

Si oui, quel est votre lien de parenté?

How can we help?

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse)
Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen, Tel. +41 44 283 38 30, Fax +41 44 283 33 83
claims@allianz-assistance.ch, www.allianz-assistance.ch

5. Indications sur le voyage prévu

Organisateur du voyage/Tour-opérateur/Loueur	Bureau de voyage/bureau d'émission		
Date de la réservation définitive	Durée du voyage du/au	<input type="checkbox"/> privé	<input type="checkbox"/> professionnel
Destination du voyage	Date de la conclusion de l'assurance		
Date de l'annulation	Combien de jours avant le début du voyage?		

Veuillez indiquer le nom de tous les participants au voyage qui ont annulé leur réservation

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 du voyage CHF par personne	x (nombre de personnes)	= (Total CHF)
Frais d'annulation CHF par personne	x (nombre de personnes)	= (Total CHF)

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. Dans la mesure où je l'ignorais encore, je prends acte du fait et j'accepte que les renseignements visant à examiner le droit à prestations puissent être transmises, le cas échéant, en totalité ou en partie à des prestataires soumis à des normes comparables de protection des données, en Suisse ou dans d'autres pays européens.

Déliement du secret médical

Je n'ignore pas que pour juger de son devoir de faire prestation, Allianz Global Assistance (Suisse) a besoin de vérifier les données que j'ai fournies pour justifier mes prétentions. A cet effet, je délègue les médecins et leurs auxiliaires qui sont de la part de mon décès. Cependant, en ce qui concerne un traitement effectué déjà antérieurement, ce déliement du secret médical est uniquement valable, si les données sont indispensables à la vérification du devoir de faire prestation. Je comprends que, dans le cadre du traitement des sinistres, Allianz Global Assistance (Suisse) peut avoir recours, le cas échéant, en totalité ou en partie, à des services d'entreprises juridiquement indépendantes du groupe Allianz qui sont soumises à des normes comparables de protection des données, en Suisse ou dans d'autres pays européens ; j'accepte que les données personnelles qui me concernent ou qui concernent mon sinistre, y compris les données personnelles particulièrement sensibles, puissent être transmises aux entreprises de service susmentionnées aux fins de traitement précitées.

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

Pour traiter le sinistre, nous avons besoin des documents suivants:

décompte frais d'annulation

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

documents ou attestations officielles justifiant de la survenance du sinistre (par ex. certificat médical détaillé avec diagnostic, attestation de l'employeur, rapport de police, etc.)

conditions contractuelles de l'agence de voyages/du tour-opérateur

How can we help?

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse)
Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen, Tel. +41 44 283 38 30, Fax +41 44 283 33 83
claims@allianz-assistance.ch, www.allianz-assistance.ch

Rapport médical « Annulation de voyage avant départ »

VBC Gold VBC Exclusive

N° de sinistre (rempli par Allianz Global Assistance)

1. a) Anamnèse avec la date de la première consultation médicale (en cas de grossesse, date de la constatation)

b) Diagnostics motivant l'incapacité de voyager avec la date du diagnostic (en cas de grossesse, indiquer la date prévue de la naissance)

c) À quelle date le patient vous a-t-il informé du voyage?

d) À quelle date le patient a-t-il été informé de son incapacité de voyager?

e) Au moment de la réservation existait-il une CAPACITE de voyager?

 Oui Non

2. a) Des médicaments ont-ils été prescrits?

 Oui Non

Si oui, lesquels?

b) Des traitements ou des vérifications complémentaires de l'état de santé ont-ils été prescrits?

 Oui Non

Si oui, indiquez les dates exactes

c) Une opération a-t-elle eu lieu?

 Oui Non

Si oui, date de l'opération

Date à laquelle l'opération a été fixée

Intervention au choix?

 Oui Non

d) Autres thérapies/mesures?

3. a) Un séjour hospitalier était-il nécessaire?

 Oui Non

Si oui, où?

du

au

b) Existait-il une incapacité de travail?

%

 Oui Non

Si oui, du/au/ sinon, motif

4. Maladie ou accident de non-voyageurs

Relation avec la personne assurée

Date de naissance

Quand la maladie est-elle survenue
(en cas d'accident, veuillez indiquer la date de l'accident)?

Diagnostic

Quand était-il perceptible pour la première fois que la présence de la personne assurée était nécessaire, au vu de l'état de santé du patient?

Lieu, Date

Signature et timbre du médecin

How can we help?

AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse)
Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen, Tel. +41 44 283 38 30, Fax +41 44 283 33 83
claims@allianz-assistance.ch, www.allianz-assistance.ch