

## Formulaire de déclaration de sinistre « Interruption de voyage »

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

Détenteur du compte (nom, adresse)

Compte postal (IBAN)

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

oui, indiquez l'institut de carte de crédit

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

### 3. Informations relatives à d'autres assurances

|                          |      |              |
|--------------------------|------|--------------|
| Assurance de Voyage      | Lieu | N° d'assuré. |
| Assurance accident       | Lieu | N° d'assuré. |
| Caisse maladie           | Lieu | N° d'assuré. |
| Assurance complémentaire | Lieu | N° d'assuré. |

### 4. Informations relatives au voyage retour

Pourquoi le voyage retour est-il intervenu plus tôt/plus tard que prévu, ou pourquoi le voyage a-t-il été interrompu?

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. Informations relatives au voyage réservé initialement

|   |                                      |       |               |
|---|--------------------------------------|-------|---------------|
| Organisateur du voyage/Tour-opérateur/Loueur                          | Bureau de voyage/bureau d'émission   |       |               |
| Date de la réservation définitive                                     | Durée du voyage du/au                | privé | professionnel |
| Destination du voyage   | Date de la conclusion de l'assurance |       |               |
| Date du voyage retour anticipé/retardé ou de l'interruption de voyage |                                      |       |               |

## 6. Indications sur la maladie (compléter uniquement en cas d'Assistance)

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)

## 7. Indications sur l'accident (compléter uniquement en cas d'Assistance)

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?

## 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

Merci d'indiquer le nom de tous les participants qui n'ont pas pu faire leur voyage retour à la date prévue.

|  |                         |                 |
|--|-------------------------|-----------------|
| 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 par personne CHF        | x (nombre de personnes) | = (Total CHF)   |
| Frais supplémentaires par personne CHF | x (nombre de personnes) | = (Total CHF)   |

#### Erklärung

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:

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.)

quittances des dépenses imprévues/frais supplémentaires

## 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