

# Déclaration de sinistre

Numéro du sinistre

Pour l'assurance frais d'annulation avec attestation médicale

HHD

Chère cliente, cher client,

Vous avez malheureusement dû annuler votre voyage. 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/avis ou acte de décès
- Rapport médical (à établir par le ou la médecin traitant à partir d'un montant de 1'000 EUR)
- Copie de la police d'assurance

Merci par avance de renseigner le formulaire.

## 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 la couverture par d'autres assurances

1. Êtes-vous assuré-e pour les frais d'annulation auprès d'autres compagnies d'assurance?  Oui  Non

Compagnie:

Numéro de la police:

## Questions concernant le voyage prévu

2. Date de réservation:

3. Date de réservation:

4. Combien de personnes ont réservé ce voyage ensemble?

5. Combien d'entre elles ont annulé le voyage?

6. Quel est le lien entre les participants au voyage?

## Questions concernant l'événement

7.  Maladie grave soudaine:  Accident  Décès  Autre:

Bref résumé de l'événement:

## 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 de l'auteur-e du dommage ou de son ou sa représentante légale

Lieu et date

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

## Questions concernant l'événement

1. Date du premier traitement en lien avec l'événement: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_
2. Diagnostic exact (sans d'abréviations): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Un traitement ou un suivi médical ont été prescrits?  Oui  Non
4. Quand est-ce que le ou la patient-e est tombé-e malade ou a eu un accident? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
5. Cette pathologie a-t-elle déjà été traitée auparavant une ou plusieurs fois?  Oui  Non  
Si oui, quelles ont été les périodes de traitement? \_\_\_\_\_ Données: \_\_\_\_\_
6. Anamnèse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Y a-t-il eu une détérioration grave inattendue de l'état de santé?  Oui  Non  
Si oui, quand? \_\_\_\_\_
8. Le ou la patient-e a-t-il ou elle été dans l'incapacité de travailler?  Oui  Non  
Si oui, de quand à quand: \_\_\_\_\_
9. Y a-t-il eu des soins hospitaliers?  Oui  Non  
Si oui, de quand à quand? (Jointre une copie du rapport de sortie) \_\_\_\_\_
10. Y a-t-il eu une opération?  Oui  Non  
Si oui, à quelle date? \_\_\_\_\_
11. A quelle date l'opération a-t-elle été programmée? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Questions concernant la capacité de voyager

12. Au moment de la réservation du voyage, existait-il une contre-indication médicale de voyager?  Oui  Non  
Motifs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
13. Quand a-t-on pu observer pour la première fois que le voyage ne pourrait pas avoir lieu en raison de l'état de santé du ou de la patient-e?  
Date: \_\_\_\_\_  
Pour quelles raisons? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Avez-vous été informée par votre patient-e de son intention de voyager?  Oui  Non  
Si oui, à quelle date? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
15. D'après vous, quand le ou la patient-e aurait-il ou elle pu à nouveau entreprendre le voyage? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Autres remarques

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_