

# Annonce de sinistre

N° de sinistre

## Assurance complémentaire frais d'annulation Mondia Plus

Chère cliente, cher client,

Afin de vous fournir une prestation d'assurance dans les plus brefs délais, nous avons besoin d'informations complémentaires vous concernant. Merci de remplir soigneusement le présent avis de sinistre en joignant les documents utiles suivants:

- Titres de voyage (Facture d'annulation et de réservation avec conditions d'annulation de l'organisateur)
- Certificat médical/avis de décès
- Rapport médical (lorsque le montant du sinistre est supérieur à CHF 1000, veuillez faire remplir l'attestation médicale ci-jointe par votre médecin traitant.)
- Copie de la police d'assurance

### Questions concernant le preneur d'assurance (ayant droit)

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

Prénom(s): \_\_\_\_\_ Né(e) le: \_\_\_\_\_

Rue/N°: \_\_\_\_\_

NPA/Lieu: \_\_\_\_\_

Tél. (accessible pendant la journée): \_\_\_\_\_ Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Compte bancaire (IBAN): \_\_\_\_\_ Code banque (BIC/SWIFT): \_\_\_\_\_

### Questions concernant l'assurance

1. Etes-vous assuré contre les frais d'annulation auprès d'autres compagnies d'assurance?  oui  non

Compagnie: \_\_\_\_\_ N° de police: \_\_\_\_\_

### Questions concernant le voyage prévu

2. Date de réservation: \_\_\_\_\_

3. Date d'annulation/d'interruption auprès de: (agence de voyage/organisateur): \_\_\_\_\_

4. Combien de personnes ont réservé le voyage ensemble? \_\_\_\_\_

5. Combien d'entre elles ont annulé/interrrompu le voyage? \_\_\_\_\_

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

### Questions concernant l'événement

7.  Maladie grave soudaine  Accident  Décès  Autres motifs:

Bref résumé des faits: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Confirmation et procuration

L'ERV est libérée de l'obligation de verser des prestations si, après la survenance du sinistre, la personne assurée tente de présenter de manière trompeuse 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 L'EUROPÉENNE Assurances Voyages SA tous renseignements nécessaires et libère les personnes susmentionnées de leur devoir légal de garder le secret.

Lieu et date \_\_\_\_\_ Signature de l'auteur du dommage ou de son représentant légal

Lieu et date \_\_\_\_\_ Signature de l'assuré ou de son représentant légal

**Questions concernant l'événement:**

1. Date du premier traitement en lien avec l'événement: \_\_\_\_\_ Heure: \_\_\_\_\_
2. Indiquer le diagnostic exact (sans abréviation): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Y a-t-il eu d'autres traitements ou des consultations de suivi?  oui  non
4. Quand le patient est-il tombé malade ou a-t-il eu son accident? Date: \_\_\_\_\_
5. Cette pathologie a-t-elle déjà été soignée auparavant une ou plusieurs fois?  oui  non  
Si oui, quelles ont été les périodes de traitement? \_\_\_\_\_ Dates: \_\_\_\_\_
6. Anamnèse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Y a-t-il eu une détérioration grave et inattendue de l'état de santé du patient?  oui  non  
Si oui, quand? \_\_\_\_\_
8. Le patient était-il dans l'incapacité de travailler?  oui  non  
Si oui, de: \_\_\_\_\_ à: \_\_\_\_\_
9. Le patient a-t-il eu un traitement hospitalier?  oui  non  
Si oui, de quelle date à quelle date? (Veuillez joindre une copie de la feuille de sortie du patient)
10. Le patient a-t-il subi une opération?  oui  non  
Si oui, date de l'opération: \_\_\_\_\_
11. Quand la date de l'opération a-t-elle été convenue? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Questions concernant la capacité du patient à voyager**

12. Au moment de la réservation, existait-il une contre-indication médicale de voyage?  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 patient?  
Date: \_\_\_\_\_  
Motifs: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
14. Avez-vous été informé par votre patient de son intention de voyager?  oui  non  
Si oui, quand? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
15. D'après vous, quand le patient aurait-il pu à nouveau entreprendre le voyage? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Autres remarques:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_