

Nom et adresse du client

Solid Assurance
c/o Mobi24 Centre service téléphonique SA
Case Postale
Bundesgasse 35
3001 Berne

Assurance frais d'annulation de voyage **Déclaration de sinistre**
n° de police : _____

Cher client,
Vous avez malheureusement dû annuler votre voyage. Pour pouvoir régler votre sinistre rapidement, nous avons besoin de certains renseignements. Afin d'éviter toute demande de précisions ultérieure, nous vous prions de bien vouloir remplir cette déclaration de sinistre intégralement et précisément, ce dont nous vous remercions d'avance. Nous nous tenons bien entendu à votre disposition pour de plus amples informations.

I. Renseignements relatifs au voyage :

- 1) Voyageur : _____ Destination : _____
- 2) Agence de voyage : _____
- 3) Date de réservation : _____ Date d'annulation : _____
- 4) Début du voyage : _____ Fin du voyage : _____

**II. Pour quels participants au voyage celui-ci a-t-il été annulé ?
(nom, adresse, date de naissance, n° de téléphone)**

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

III. Nom et adresse de la personne à l'origine de la réalisation du risque :

Veillez également indiquer le lien de parenté.

IV. Motif de l'annulation :

- | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|---|---|
| Maladie | <input type="checkbox"/> | } | → | Veuillez faire compléter le questionnaire ci-joint par le médecin traitant. |
| Accident | <input type="checkbox"/> | | | |
| Grossesse | <input type="checkbox"/> | | → | Veuillez nous envoyer un certificat du médecin traitant ou du gynécologue. |
| Intolérance à un vaccin | <input type="checkbox"/> | | → | Veuillez nous envoyer une attestation médicale. |
| Chômage | <input type="checkbox"/> | | → | Veuillez nous envoyer la lettre de licenciement de votre employeur et l'attestation de l'office du travail. |
| Décès | <input type="checkbox"/> | | → | Veuillez nous envoyer une copie du certificat de décès et nous indiquer le lien de parenté. |

Autres motifs : _____

Si le sinistre (p. ex. accident) a été causé par une tierce personne, veuillez indiquer le nom et l'adresse exacte de cette personne ainsi que, le numéro de plaque et la société de responsabilité civile véhicule :

Quand le sinistre est-il survenu ? _____

Cas de maladie : Y avait-il incapacité de travail? non oui

Si oui, veuillez joindre une attestation d'incapacité de travail au dossier du sinistre en indiquant le nom et l'adresse de l'employeur :

V. Interruption du voyage :

Motif de l'interruption du voyage : _____

Quand exactement le voyage a-t-il été interrompu (date/évtl. heure) : _____

Si le tarif souscrit par vos soins prévoit des prestations en cas d'interruption de voyage, veuillez dans ce cas nous fournir les justificatifs des frais de retour, p. ex. notes d'hôtel, billets d'avion, de train, etc.

VI. À qui les éventuelles prestations d'assurance devront-elles être versées ?

(nom, adresse, coordonnées bancaires, évtl. IBAN, BIC, nom et adresse de la banque pour les paiements à l'étranger)

VII. Pièces nécessaires au traitement du sinistre :

- | | | | |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Police d'assurance | <input checked="" type="checkbox"/> | Justificatif de paiement de la prime d'assurance | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Confirmation réservation du voyage (copie) | <input checked="" type="checkbox"/> | Liste des participants du voyage | <input type="checkbox"/> |
| Facture des frais d'annulation (original) | <input checked="" type="checkbox"/> | Conditions de voyage du voyageur | <input type="checkbox"/> |
| Contrat de location (original) | <input type="checkbox"/> | Conditions de location du bailleur | <input type="checkbox"/> |
| Billets d'avion (originaux) (sauf si remboursés) | <input type="checkbox"/> | Justificatif de paiement en cas de règlement par carte de crédit | <input type="checkbox"/> |

**Prière de ne pas agraffer ni attacher les documents.
Merci de votre collaboration.**

N° de police : _____
À rappeler impérativement (sauf si indiqué)

N° de sinistre : _____
À indiquer impérativement (si connu)

Les personnes soussignées autorisent Solid Assurance à traiter des données en relation avec la survenance et le traitement du sinistre et à les transmettre à des tiers, en Suisse ou à l'étranger, par ex. à des co-assureurs ou à des assureurs chargés du recours.

La Solid Assurance est également habilitée à recueillir des données en relation avec le sinistre auprès d'autorités administratives, de tiers ainsi qu'à prendre connaissance de dossiers administratifs ou de tribunaux pour autant que ces renseignements servent au traitement du sinistre.

Solid Assurance s'engage à traiter ces données de manière confidentielle.

Lieu : _____ Date : _____

Signature du souscripteur de l'assurance et de la personne assurée ou de son représentant légal

Dispense de l'obligation du secret professionnel :

Organisme :
N° de sinistre :

Madame, Monsieur,
Chère/cher assuré(e),

Veillez signer la déclaration de dispense de l'obligation du secret professionnel ci-après et transmettre ce formulaire au médecin traitant. Si vous n'êtes pas vous-même malade, accidenté(e) ou autre, veuillez la faire signer par la personne malade couverte (p. ex. parents, enfants, grands-parents, etc.) ou les personnes participant au voyage concernées. Cette déclaration ne constitue pas une dispense générale de l'obligation du secret professionnel, mais s'applique uniquement aux renseignements relatifs à la/aux maladie(s) cause(s) de l'annulation ou de l'interruption du voyage.

Rappel : Vous-même ou la personne sur laquelle il s'agit de recueillir des données relatives à la santé avez la possibilité de refuser la dispense de l'obligation du secret professionnel, auquel cas l'éventuelle obligation d'indemniser de Solid Assurance sera suspendue jusqu'au moment où la possibilité d'examiner la prestation lui sera à nouveau donnée.

Dispense de l'obligation du secret professionnel :

Je suis informé(e) que Solid Assurance recueille des renseignements sur la/les maladie(s) cause(s) de l'annulation du voyage en vue de juger de son obligation d'indemniser et, le cas échéant, vérifie des renseignements servant à justifier un droit. À cette fin, je dispense de leur obligation du secret professionnel les membres de métiers de la santé ou d'hôpitaux ainsi que les caisses d'assurance maladie et assureurs mentionnés ci-après, désignés dans les documents en ma possession ou ayant participé au traitement thérapeutique, et ce au-delà de ma mort. S'agissant d'un traitement précédemment appliqué par un médecin, un dentiste ou tout autre membre d'un métier de la santé, cette dispense d'obligation du secret professionnel ne s'applique toutefois que dans la mesure où ces renseignements sont nécessaires pour vérifier l'obligation d'indemniser.

Je dispense de leur obligation du secret médical les médecins et membres de métiers de la santé suivants (noms et adresses complets) :

1.) _____

2.) _____

3.) _____

Cette déclaration s'étend à mes enfants éventuellement coassurés ainsi qu'à toutes les autres personnes légalement représentées par moi qui ne sont pas en mesure d'en apprécier eux-mêmes la signification.

Cette autorisation est également valable sous forme de copie.

_____ le _____
Lieu Date Signature de la personne sur laquelle des données doivent être recueillies

Organisme :
N° de sinistre :

Certificat médical :

Madame, Monsieur,

Nous vous prions de bien vouloir, dans l'intérêt de notre client/votre patient, répondre aux questions suivantes de façon exhaustive et en caractères d'imprimerie, afin que nous puissions juger de notre obligation d'indemniser au titre de l'assurance frais d'annulation de voyage. (Si la place ne suffit pas, veuillez compléter au verso.)

Nom du patient

Date de naissance

Rue, code postal, ville

Caisse d'assurance/assureur maladie

N° d'assuré

1. a) Diagnostic exact avec code ICD de la maladie/de l'accident cause de l'annulation du voyage : _____

- b) Antécédents/anamnèse complète y afférents (évtl. feuille à part) : _____

2. Quand le diagnostic a-t-il été établi ou quand l'accident s'est-il produit ? _____
3. Quand un médecin a-t-il été consulté pour la première fois suite à ces problèmes ? _____
4. a) Y avait-il incapacité de travail ? non oui, du _____ au _____
Si oui, merci de joindre une photocopie de l'attestation correspondante.
- b) Sinon, indiquer les motifs : _____
5. Traitement hospitalier ? non oui, du _____ au _____
Si oui, joindre impérativement le compte rendu de sortie de l'hôpital et les observations lors de l'admission.
6. Quelles mesures thérapeutiques ont été engagées ? Indiquer également les médicaments prescrits.

7. a) Quand cette maladie a-t-elle donné lieu à différents traitements ? Indiquer les dates.

- b) Quels examens ont été effectués ? _____

8. a) La maladie existait-elle depuis un certain temps ? non oui, depuis quand exactement ? _____
- b) Quand ont eu lieu, en particulier au cours des dernières années, différents traitements pour la/les maladie(s) précitées ? Indiquer les dates dans le détail. _____

- c) Auxquelles de ces dates le traitement a-t-il été appliqué en raison d'une aggravation de la maladie existante ?

9. a) Avez-vous été, **avant** la réservation du voyage le _____ *, (date) interrogé quant à l'aptitude à voyager ?
 non oui, la 1^{re} fois le _____
- b) Si oui, qu'avez-vous conseillé au/à la patient(e) ou aux proches, ou sur quoi avez-vous attiré leur attention ?

10. Avez-vous été, **après** la réservation du voyage*, interrogé quant à l'aptitude à voyager ?
 non oui, la 1^{re} fois le _____
la dernière fois le _____
11. Quand avez-vous déconseillé d'entreprendre ce voyage ? Date : _____
Motifs : _____
12. Avez-vous envoyé le/la patient(e) vers un spécialiste ? non oui, le : _____

Indiquer ici le nom et l'adresse du médecin.

Cachet et signature du médecin

Lieu/date