

**Nom et adresse du client**

*Veillez compléter entièrement le présent document et le renvoyer à l'adresse suivante*

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

**Déclaration de sinistre,  
assurance vacances  
(Assurance annulation voyage)****concernant l'assurance n°:** 

Cher client,

Vous avez malheureusement dû annuler, interrompre ou prolonger de façon imprévue votre voyage. Afin de traiter le plus rapidement possible votre sinistre, vous devez nous fournir certaines informations importantes. Pour cela, veuillez remplir cette déclaration de sinistre entièrement et de façon précise. Nous vous remercions de votre collaboration!

**I. Informations sur le voyage:**

- 1) Tour-opérateur: \_\_\_\_\_ Destination: \_\_\_\_\_
- 2) Agence de voyage: \_\_\_\_\_
- 3) Réserve le: \_\_\_\_\_ annulé le : \_\_\_\_\_
- 4) Date de début du voyage: \_\_\_\_\_ Date de fin du voyage prévue à l'origine: \_\_\_\_\_

**II. Quels participants ont dû annuler le voyage?  
(Nom, adresse, date de naissance, numéro de téléphone)**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_

**III. Nom et adresse de la personne à l'origine du sinistre:**

\_\_\_\_\_  
Veillez également indiquer les liens de parenté.

**IV. Raison de l'annulation:**

- |                               |                          |   |   |  |
|-------------------------------|--------------------------|---|---|--|
| <b>Maladie</b>                | <input type="checkbox"/> | } | → | Veillez faire remplir le formulaire ci-joint par le médecin traitant.                              |
| <b>Accident</b>               | <input type="checkbox"/> |   |   |  |
| <b>Grossesse</b>              | <input type="checkbox"/> |   | → | Veillez nous envoyer un certificat de votre médecin traitant                                       |
| <b>Résistance aux vaccins</b> | <input type="checkbox"/> |   | → | Veillez nous envoyer une attestation de votre médecin.   |
| <b>Chômage</b>                | <input type="checkbox"/> |   | → | Veillez nous envoyer la lettre de licenciement de votre employeur et l'attestation du pôle emploi. |
| <b>Décès</b>                  | <input type="checkbox"/> |   | → | Veillez nous envoyer une copie de l'acte de décès et nous faire part de vos liens de parenté.      |

**Autres raisons:** \_\_\_\_\_

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 :

**A quelle date a eu lieu le préjudice?** \_\_\_\_\_

**L'annulation de votre voyage a-t-elle engendré des frais?**       Non       Oui

Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

**V. A qui devraient être versées les éventuelles indemnités d'assurance? (Nom, adresse, coordonnées bancaires, le cas échéant IBAN, BIC, nom et adresse de la banque pour des paiements vers l'étranger)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

**VI. Veuillez nous faire parvenir les documents suivants pour que nous puissions traiter le sinistre:**

- |   |                                     |  |                                     |
|---|-------------------------------------|--|-------------------------------------|
| Police d'assurance  | <input checked="" type="checkbox"/> | Preuve du paiement de la prime d'assurance   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Confirmation de la réservation du voyage /<br>1. facture du tour-opérateur (copie)    | <input checked="" type="checkbox"/> | liste des participants du tour-opérateur   | <input type="checkbox"/>            |
| le cas échéant, facture originale de frais<br>d'annulation                            | <input type="checkbox"/>            | Conditions de voyage du tour-opérateur   | <input type="checkbox"/>            |
| Original du contrat de location   | <input type="checkbox"/>            | Conditions de location du bailleur   | <input type="checkbox"/>            |
| Preuve des frais du voyage retour (original)<br>(par ex. billets d'avion ou de train) | <input type="checkbox"/>            | Confirmation du bailleur d'une prolongation<br>de la location n'était pas possible | <input type="checkbox"/>            |
| Certification du médecin sur le lieu de vacances                                      | <input checked="" type="checkbox"/> | Reçu du paiement en cas de<br><u>réserve par carte bancaire</u>                    | <input type="checkbox"/>            |

**Veillez ne pas agraffer ni attacher les documents.**

N° de police d'assurance / de dossier / de réservation.: \_\_\_\_\_

*Veillez les indiquer si vous ne l'avez pas fait précédemment*

N° du sinistre.: \_\_\_\_\_

*Veillez l'indiquer si vous le connaissez*

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

**IX. Déliement du secret médical et certificat médical**

N° de police d'assurance:


N° du sinistre:

**Cher, chère assuré(e),**

veuillez signer la déclaration suivante et transmettre le formulaire au médecin traitant. Dans la mesure où vous n'êtes pas personnellement malade ou si vous n'avez pas subi d'accident, veuillez faire signer la déclaration de déliement du secret médical par la personne malade ou ayant subi l'accident (personne assurée, personne en situation de risque comme les parents, es enfants, les grand-parents etc.). La déclaration ne présente pas de déliement général du secret médical mais s'étend uniquement aux informations concernant la ou les maladies ou les atteintes corporelles ou mentales survenues suite à un accident (ceci incluant les maladies et infirmités plus anciennes) et ayant provoqué l'annulation ou l'interruption du voyage.

**Remarque :** Vous, ou la personne concernée par les renseignements médicaux fournis, avez la possibilité de refuser le présent déliement du secret médical. Dans ce cas, une obligation d'indemnisation éventuelle de la part de la Solid Assurance serait suspendue jusqu'à temps que le contrôle de l'obligation d'indemnisation soit de nouveau possible.

**Déclaration de déliement du secret médical:**

Je suis conscient que Solid Assurance se procurera des informations sur les maladies ou les atteintes survenues suite à un accident et ayant conduit au préjudice pour juger de leur obligation d'indemnisation et contrôlera le cas échéant les informations servant au contrôle de la revendication. Dans ce but, je délègue les médecins mentionnés ci-dessous ainsi que les caisses d'assurances maladie citées dans les documents que je fournis ou qui ont été impliqués dans mes soins, de leur secret médical et ce jusqu'à ma mort. En ce qui concerne les soins apportés auparavant par un médecin, dentiste ou toute personne appartenant au corps médical, la présente déclaration de déliement du secret médical ne s'applique toutefois que si ces informations sont nécessaires à l'évaluation de l'obligation d'indemnisation.

Je délègue les médecins suivants et autres membres du corps médical de leur secret médical (veuillez indiquer leurs noms et adresses complets) :

- 1.) \_\_\_\_\_
- 2.) \_\_\_\_\_
- 3.) \_\_\_\_\_

Cette déclaration vaut également pour mes éventuels enfants co-assurés ainsi que pour toutes les personnes que je représente légalement et qui ne seraient pas à même de juger de la portée de la présente déclaration.

Une copie de la présente déclaration est également valable.

\_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
Lieu Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne concernée par les informations

## Certificat médical:

N° de police d'assurance :  
N° de sinistre :

**Madame, Monsieur,**

Dans l'intérêt de notre client/votre patient, nous vous prions de répondre à l'ensemble des questions suivantes en lettres capitales afin que nous puissions juger de notre obligation d'assurance d'annulation voyage (garantie vacances).

Nom du patient

Date de naissance

Rue, code postal, ville

1. a) Quelle maladie/quel incident a conduit à l'annulation du voyage? Veuillez indiquer le diagnostic précis avec le code ICD: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) Antécédents / anamnèse complète (veuillez développer sur papier libre si nécessaire): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Quand le diagnostic a-t-il été établi ou quand s'est produit l'accident? \_\_\_\_\_
3. Quand est-ce que le patient a-t-il consulté un médecin pour la première fois à cause de ces symptômes? \_\_\_\_\_
4. a) Est-ce qu'il a obtenu un arrêt maladie?  Non  Oui, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Si oui, veuillez joindre une copie du certificat d'arrêt maladie!
- b) Si non, veuillez le justifier: \_\_\_\_\_
5. Hospitalisation?  Non  Oui, du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
Si oui, veuillez joindre absolument le compte-rendu médical de sortie ou le diagnostic établi à l'entrée à l'hôpital!
6. Quels traitements ont été administrés? Veuillez nous indiquer les médicaments prescrits!  
\_\_\_\_\_
7. a) A quels moments respectifs avez-vous été traités à l'hôpital à cause de cette maladie (veuillez mentionner les dates)?  
\_\_\_\_\_
- b) Quels examens médicaux ont-ils été effectués? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
8. a) Est-ce que le patient souffrait depuis longtemps de cette maladie?  
 Non  Oui, depuis quand exactement? \_\_\_\_\_
- b) Quand ont eu lieu exactement les soins médicaux concernant les maladies susmentionnées en particulier lors de ces deux dernières années ?? Veuillez fournir les dates détaillées!  
\_\_\_\_\_
- c) A laquelle de ces dates a été administré le traitement pour répondre à l'aggravation de la maladie ?  
\_\_\_\_\_
9. Est-ce qu'il y avait, au moment de la réservation du voyage (date \_\_\_\_\_ : ) des doutes concernant le risque éventuel que la santé du patient nuise au voyage planifié? \_\_\_\_\_
10. Est-ce que l'on vous a demandé si le patient pouvait continuer à voyager?  
 Non  Oui, la première fois le \_\_\_\_\_ la dernière fois le \_\_\_\_\_
11. Quand (à quelle date) avez-vous conseillé l'interruption du voyage? \_\_\_\_\_
12. Est-ce que vous avez recommandé un spécialiste à votre patient?  
 Non  Oui, le: \_\_\_\_\_

Veuillez indiquer ici le nom et l'adresse du médecin!

\_\_\_\_\_  
Lieu/Date

\_\_\_\_\_  
Tampon et signature du médecin