



HanseMerkur

Nom et adresse du client

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

HanseMerkur Reiseversicherung AG
c/o IMA France
118 Avenue de Paris
79 033 NIORT CEDEX 9
e-mail: sinistres@hansemerkur.fr

Déclaration de sinistre

Assurance frais d'annulation de voyage

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. Frais d'annulation / frais de voyage supplémentaires / changement de réservation:

Frais d'annulation ou inc. coût _____ EUR, cela correspond à _____ % du prix du voyage.

Frais d'annulation ou inc. coût _____ EUR, cela correspond à _____ % du prix du voyage.

Frais d'annulation ou inc. coût _____ EUR, cela correspond à _____ % du prix du voyage.

Veillez noter qu'une franchise peut s'appliquer en fonction du tarif choisi.

V. Motif de l'annulation:

- | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|---|---|--|
| Maladie | <input type="checkbox"/> | } | → | Veillez faire compléter le questionnaire ci-joint par le médecin traitant. |
| Accident | <input type="checkbox"/> | | | |
| Grossesse | <input type="checkbox"/> | | → | Veillez nous envoyer un certificat du médecin traitant ou du gynécologue. |
| Intolérance à un vaccin | <input type="checkbox"/> | | → | Veillez nous envoyer une attestation médicale. |
| Chômage | <input type="checkbox"/> | | → | Veillez nous envoyer la lettre de licenciement de votre employeur et l'attestation de l'office du travail. |
| Décès | <input type="checkbox"/> | | → | Veillez 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 cas échéant (cas d'un accident de la circulation), le numéro de registre et le commissariat de police :

Interruption de voyage: veuillez utiliser le formulaire de réclamation pour la garantie de vacances sur <https://www.hmr.de/en/claim-service/partner-forms>.

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

VI. Existe-t-il une autre assurance?

Si vous avez une autre assurance pour une annulation de voyage, z. Dans une autre compagnie d'assurance, via une carte de crédit (MasterCard, VISA, American Express) ou via une adhésion? non oui

Si oui, veuillez nous indiquer le numéro d'assurance / numéro de membre / numéro de carte de crédit et le nom de la société émettrice de la carte de crédit ou de l'association. _____

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

(Nom, adresse, coordonnées bancaires, IBAN, BIC (Swift), nom et adresse de la banque)

Signature de l'assuré



HanseMerkur

VIII. 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)

IX. Informations importantes sur les conséquences de violations des obligations en cas de sinistre

Information

Chère cliente, cher client,

si vous avez subi un sinistre, nous avons besoin de votre collaboration.

Obligations d'information et de déclaration

En raison des dispositions contractuelles conclues avec vous, nous pouvons vous demander, lors de la survenance d'un sinistre, de nous fournir toute information nous permettant de constater le sinistre ou l'étendue de nos obligations (obligation d'information) et de nous aider au contrôle approprié de nos obligations en nous fournissant toutes les données nécessaires à la déclaration des faits (obligation de déclaration). Nous pouvons également vous demander de mettre à notre disposition des reçus/des documents dans la mesure où cela vous est possible.

Exonération d'obligation

Si vous deviez aller à l'encontre des dispositions contractuelles en ne nous fournissant intentionnellement aucune information, en nous fournissant des informations erronées ou en ne nous mettant pas à disposition les reçus/documents exigés, vous perdriez votre prétention à des indemnités. Si vous deviez manquer à vos obligations pour négligence grave, vous ne perdriez pas totalement vos prétentions à des indemnités mais nous pourrions réduire vos indemnités proportionnellement à la gravité de votre négligence. Aucune réduction n'est effectuée si vous prouvez que vous n'avez pas manqué à vos obligations par négligence grave.

Malgré la violation de vos obligations en matière d'information, de déclaration et de mise à disposition des reçus/documents, nous sommes obligés de vous fournir des indemnités si vous prouvez que les violations de vos obligations contractuelles ou dues à des négligences graves n'ont pas entravé la constatation du sinistre ou la constatation de nos obligations d'indemnités.

Si vous deviez manquer à vos obligations d'informations, de déclaration ou de mise à disposition des reçus/documents de façon dolosive, nous serions libérés de notre obligation d'indemnisation.

Remarque:

Si le droit d'indemnisation contractuelle devait revenir à un tiers et non pas à vous, celui-ci serait également tenu d'informer, de déclarer ou de fournir les reçus/documents.

Lieu: _____ Date: _____

Signature du souscripteur, du bénéficiaire ou du représentant légal

X. Dispositions finales

Je certifie que les informations que j'ai mentionnées ci-dessus sont authentiques et complètes. Je suis informé du fait que toute information fournie de façon incomplète ou erronée peut conduire à la perte de ma police d'assurance. J'ai pris note des informations importantes susmentionnées concernant les conséquences de violations des obligations contractuelles après la survenue du sinistre.

De plus, je cède mes prétentions et mes réclamations à l'encontre de la personne à l'origine de l'accident/ du responsable ou à l'encontre de ma caisse publique/privée d'assurance maladie à hauteur des prestations payées à la HanseMerkur Reiseversicherung AG à la HanseMerkur Reiseversicherung AG.

Lieu: _____ Date: _____

Signature du souscripteur, du bénéficiaire ou du représentant légal



N° de police: _____

À rappeler impérativement (sauf si indiqué)

N° de sinistre: _____

À indiquer impérativement (si connu)

XI. Consentement à la collecte et à l'utilisation des données médicales, déclaration de libération d'obligation de confidentialité et certificat médical

1. Collecte, stockage et utilisation des données médicales que vous avez fournies à HanseMerkur Reiseversicherung AG

Par la présente, j'autorise HanseMerkur Reiseversicherung AG à collecter, stocker et utiliser mes informations médicales communiquées dans la présente demande de prestations ainsi que mes données transmises ultérieurement dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour la mise en œuvre et le contrôle des prestations ou la fin du présent contrat d'assurance.

2. Consentement à l'examen de l'obligation d'allouer des prestations (libération de l'obligation de confidentialité) pour des cas individuels

Dès lors que vous n'êtes vous-même pas malade ou n'avez pas été victime d'un accident, cette déclaration doit être signée par la personne dont les données médicales seront collectées ou utilisées (personne assurée ou personne à risque, tels que parents, enfants, grands-parents etc.).

La déclaration ne constitue pas une libération générale de l'obligation de confidentialité, mais couvre uniquement les informations concernant la maladie associée à l'annulation du voyage. Vous ou la personne dont les données médicales doivent être collectées pouvez refuser les déclarations suivantes. Dans ce cas, l'obligation d'allouer des prestations de Hanse Merkur Reiseversicherung AG est suspendue au moins jusqu'à la date à laquelle cette obligation redevienne coercitive.

J'autorise l'assurance voyage HanseMerkur à collecter mes données médicales dans la mesure où cela s'avère nécessaire auprès de

Nom : _____

Adresse : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Nom : _____

Adresse : _____

et à les utiliser aux fins de l'examen de l'obligation d'allouer des prestations.

Par la présente, je libère les personnes indiquées et les collaborateurs des entités mentionnées ci-dessus de leur obligation de confidentialité dans la mesure où mes données médicales sont légalement enregistrées à partir d'examen, consultations, traitements, demandes de prestations et polices d'assurances, transmises au cours d'une période allant jusqu'à dix ans à la demande de HanseMerkur Reiseversicherung AG.

En outre, je consens à ce que dans ce contexte – si cela s'avère nécessaire – que mes données médicales soient transmises par HanseMerkur Reiseversicherung AG à ces entités et je libère aussi les collaborateurs d'HanseMerkur Reiseversicherung AG de leur obligation de confidentialité.

3. Transfert de données aux fins d'une évaluation médicale

Pour vérifier l'obligation d'allouer des prestations, il peut s'avérer nécessaire de consulter des experts médicaux. Pour ce faire, HanseMerkur Reiseversicherung AG a besoin de votre consentement et de la libération de l'obligation de confidentialité. Vous serez informé de la transmission des données respectives.

J'autorise HanseMerkur Reiseversicherung AG à transmettre mes données médicales à des experts médicaux dans la mesure où cela s'avère nécessaire dans le cadre d'un examen de l'obligation d'allouer des prestations, à utiliser mes données médicales de manière appropriée et à retransmettre les résultats à l'assurance voyage HanseMerkur.

En ce qui concerne mes données médicales et d'autres données protégées, je libère les collaborateurs de HanseMerkur Reiseversicherung AG et les experts médicaux de leur obligation de confidentialité.

4. Délégation de tâches à d'autres entités

L'assurance voyage HanseMerkur n'exécute pas elle-même certaines tâches, telles que le service téléphonique d'urgence ou le conseil personnalisé au téléphone qui mènent à une collecte, le traitement ou l'utilisation de vos données médicales, mais confie l'exécution à une entreprise tierce ou à une autre entité. HanseMerkur Reiseversicherung AG tient à jour une liste des entités et types d'entités qui, selon les termes convenus, collectent, traitent ou utilisent les données médicales pour le compte de l'assurance voyage HanseMerkur en mentionnant les tâches qui leur ont été confiées. La liste actuelle peut être consultée sur Internet à l'adresse www.hansemerkur.de/service/datenschutz ou obtenue sur demande écrite.

J'autorise HanseMerkur Reiseversicherung AG à transmettre mes données médicales à l'entité mentionnée sur la liste ci-dessus et à collecter, traiter ou utiliser mes données médicales aux fins des objectifs susmentionnés dans la même étendue comme le ferait l'assurance voyage HanseMerkur. Au besoin, je libère les collaborateurs de HanseMerkur Reiseversicherung AG et d'autres entités de leur obligation de confidentialité concernant la divulgation de mes données médicales et d'autres données confidentielles.

5. Transmission de données aux réassurances

Afin de garantir l'exécution de vos créances, HanseMerkur Reiseversicherung AG peut avoir recours des réassurances qui assument entièrement ou partiellement le risque. Pour permettre à la réassurance de se faire sa propre opinion sur le cas d'assurance, HanseMerkur Reiseversicherung AG peut soumettre votre demande de prestations à la réassurance. Si la réassurance couvre le risque, vous pouvez vérifier si l'assurance voyage HanseMerkur a correctement évalué le cas de prestation. Pour le règlement des versements de primes et les cas de prestation, des données sur vos contrats d'assurance existants peuvent être transmises à des réassurances.

Aux fins précisées ci-dessus, on utilise dans la mesure du possible les données anonymes ou pseudonymes, mais également des informations confidentielles en matière de santé. Vos informations confidentielles seront utilisées par les réassurances uniquement aux fins susmentionnées. L'assurance voyage HanseMerkur vous informera sur le transfert de vos données médicales à des réassurances.

Je consens à ce que mes données médicales soient transmises si cela s'avère nécessaire – aux réassurances et qu'elles soient utilisées aux fins précitées. Au besoin, je libère les collaborateurs de HanseMerkur Reiseversicherung AG et autres entités de leur obligation de confidentialité concernant la divulgation de mes données médicales et d'autres données confidentielles.

-----le-----
Lieu Date

Signature de la personne sur laquelle les données doivent être collectées
ou de son représentant légal



Certificat médical :

N° de police:

N° de sinistre :

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 ?
b) Sinon, indiquer les motifs :
5. Traitement hospitalier ?
6. Quelles mesures thérapeutiques ont été engagées ?
7. a) Quand cette maladie a-t-elle donné lieu à différents traitements ?
b) Quels examens ont été effectués ?
8. a) La maladie existait-elle depuis un certain temps ?
b) Quand ont eu lieu, en particulier au cours des dernières années, différents traitements ?
c) Auxquelles de ces dates le traitement a-t-il été appliqué ?
9. a) Avez-vous été, avant la réservation du voyage...
b) Si oui, qu'avez-vous conseillé...
10. Avez-vous été, après la réservation du voyage...
11. Quand avez-vous déconseillé d'entreprendre ce voyage ?
12. Avez-vous envoyé le/patient(e) vers un spécialiste ?

Indiquer ici le nom et l'adresse du médecin.

Cachet et signature du médecin

Lieu/date