

Déclaration de sinistre

Annulation de voyage / départ retardé

1. Informations sur le titulaire de la carte

8 premiers chiffres de votre carte Swissquote Premium Debit Mastercard : _____

Nom _____ Prénom _____

Rue/n° _____ NPA _____ Localité _____

Numéro de tél. portable _____ E-mail _____

Date de naissance _____

2. Informations bancaires pour le remboursement

Titulaire du compte (nom, prénom, adresse) _____

Compte bancaire (IBAN) _____

3. Autre assurance

Possédez-vous une autre assurance voyage ? Oui Non

Si oui, auprès de quel assureur ? _____ Numéro de police _____

4. Informations sur le voyage réservé

a) Avez-vous payé au moins 50% du voyage avec votre carte Swissquote Premium Debit Mastercard? Oui Non

b) Type de voyage Privé Affaire

c) Date de réservation _____

d) Dates du voyage du _____ au _____

e) Destination Pays _____

Ville _____

5. Informations sur l'annulation du voyage

a) Motif de l'annulation du voyage :

- Maladie Accident Complications de grossesse Décès d'une personne assurée
- Maladie Accident Complications de grossesse Décès d'un proche de l'assuré
- Maladie Accident Complications de grossesse Décès du remplaçant à la place de travail
- Cambriolage ou dommage au domicile de l'assuré (catastrophe naturelle, incendie ou dégât des eaux)
- Vol d'un document de voyage 24h avant le début du voyage (passeport, carte crédit ou ticket de transport)
- Circonstances exceptionnelles sur le lieu de destination

b) Date d'annulation _____

c) Brève description du sinistre

d) Si le voyage n'a pas été annulé immédiatement, veuillez en indiquer les raisons :

6. Personnes concernées et dommages suite à l'annulation du voyage

6.1 Veuillez indiquer ci-dessous les personnes concernées

Nom/prénom	Adresse postale	Date de naissance	Relation avec la personne assurée

- a) Est-ce que l'une ou plusieurs des personnes citées ci-dessus possèdent une autre assurance voyage ? Oui Non
- b) Si oui, est-ce que cette assurance couvre également votre part? Oui Non

6.2 Veuillez lister les dommages subis et frais occasionnés

Date	Prestation (annulée/non utilisée)	Réservé auprès de	Montant en CHF

7. Documents et justificatifs

7.1 Documents de voyage

- Facture/confirmation de réservation pour chaque prestation
- Facture/confirmation d'annulation pour chaque prestation
- Preuve de paiement du voyage avec la carte Swissquote Premium Debit Mastercard
- Conditions générales (ou conditions d'annulation) du prestataire (CGA)

7.2 Justificatif du motif de l'annulation

- En cas de maladie/accident/complications de grossesse :
 - Copie du certificat médical, d'hospitalisation (obligatoire en cas d'hospitalisation), radiographies, analyses ou tout autre élément permettant à notre médecin conseil de statuer sur votre demande.
- En cas de décès:
 - Certificat de décès
- En cas de vol:
 - Rapport de police
- Tout autre document justifiant la raison de l'annulation du voyage

7.3 Justificatifs sur les personnes assurées

- Attestations de domicile
- Justificatif sur le degré de parenté, si le nom de famille n'est pas identique

Déclaration

Je confirme l'exactitude et l'intégralité des informations fournies ci-dessus. Je prends note que je peux perdre mon droit à la prestation d'assurance si mes informations sont inexactes, incomplètes ou contradictoires, même si cela n'occasionne pas de préjudice à l'assureur. J'accepte qu'Europ Assistance (Suisse) Assurances SA se renseigne auprès des organisateurs de voyages, des intermédiaires, des sociétés de transport, de Swissquote Bank SA et de sociétés mandatées par Swissquote Bank SA, des autorités (police, tribunaux, etc.), d'autres assureurs et de toute autre partie concernée. Je libère ces établissements de toute obligation de confidentialité à leur égard. Je confirme avoir reçu, compris et accepté les conditions générales d'assurance (CGA).

Décharge de la confidentialité

J'autorise Europ Assistance (Suisse) Assurances SA à vérifier et à traiter les données me concernant nécessaires pour évaluer l'obligation de fournir des prestations et pour traiter le sinistre que j'ai déclaré. Cela inclut notamment les investigations médicales auprès des médecins, hôpitaux, etc., dans le cadre desquelles je libère expressément les médecins et le personnel médical de leur devoir de confidentialité. Si nécessaire, les données seront transmises à des tiers concernés en Suisse et à l'étranger, notamment aux co-assureurs, réassureurs et autres parties impliquées dans le traitement du sinistre.

Des informations détaillées sur le traitement des données personnelles sont disponibles à l'adresse suivante :

www.europ-assistance.ch/ch-fr/declaration-de-confidentialite

Libération du secret bancaire

Les assurés acceptent que le preneur d'assurance ou Europ Assistance (Suisse) Assurances SA fasse appel à des tiers pour l'exécution de leurs missions. Le titulaire de la carte assurée accepte que Europ Assistance (Suisse) Assurances SA puisse vérifier auprès du preneur d'assurance si le détenteur de la carte assurée possédait un contrat de carte assurée valide à la date du sinistre. Le titulaire de la carte autorise le preneur d'assurance à fournir ces informations à Europ Assistance (Suisse) Assurances SA. En ce sens, les assurés libèrent ces instances de toute obligation de secret bancaire et d'affaires.

Lieu, date

Signature du titulaire de la carte

Questionnaire médical

Ce questionnaire doit être remis et rempli par votre médecin traitant en cas d'annulation pour maladie, accident ou grossesse :

Nom/prénom du titulaire de la carte _____	Date de naissance _____
Nom/prénom du patient _____	Date de naissance _____

1. a) Diagnostic _____
 - b) Date du diagnostic _____
 - En cas d'accident : date de l'accident _____
 - En cas de grossesse: date de constatation _____ Terme prévu _____
 - c) A quel moment, le patient vous a-t-il informé de son voyage? _____
 - d) A compter de quelle date le patient était-il en incapacité de voyage (date précise) ? _____
 - e) Incapacité à voyager du _____ au _____
 - f) A quelle date le patient a-t-il été informé de son incapacité à voyager ? _____
 - g) Au moment de la réservation, le patient était-il en mesure de voyager ? Oui Non
2. a) Des médicaments ont-ils été prescrits ? Oui Non
Si oui, lesquels? _____
 - b) Des traitements/vérifications complémentaires ont-ils été prescrits ? Oui Non
Si oui, indiquez les dates _____
 - c) Une opération a-t-elle eu lieu ? Oui Non
Si oui, indiquez la date _____ Date à laquelle l'opération a été fixée _____
Intervention au choix ? Oui Non
 - d) Autres thérapies/mesures ? _____
3. a) Une hospitalisation était-elle nécessaire ? Oui Non
Si oui, où ? _____ du _____ au _____
 - b) Existait-il une incapacité de travail ? _____% Oui Non
4. a) Une pathologie préexistante était-elle déjà présente ? Oui Non
Si oui, comment s'est développé celle-ci ? _____
 - b) Une aggravation grave et inattendue est-elle survenue ? Oui Non
 - c) Le patient est-il toujours sous traitement ? Oui Non
Quand a eu lieu le dernier traitement ? _____
- Remarques importantes et pertinentes pour la demande de remboursement :
- _____
- _____

5. Maladie ou accident d'une personne ne participant pas au voyage

- a) Degré de parenté avec la personne assurée _____
- b) Quand était-il perceptible pour la première fois que la présence de la personne assurée était nécessaire, au vu de l'état de santé du patient ? _____

Lieu, date

Signature et timbre du médecin

Par ma signature, je confirme l'exactitude et l'exhaustivité des informations concernant le patient susmentionné.