



CSS

Assurance

# Déclaration de sinistre

## Assurance voyage pour frais d'annulation et bagages

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Les réponses aux questions doivent être complètes et le formulaire doit être renvoyé immédiatement dûment signé à l'adresse indiquée à la fin du document. Le Contact Center 0844 277 772 répond volontiers à vos questions. Merci beaucoup.

Numéro client/Numéro de proposition

### 1 Sinistre

Frais d'annulation

Bagages

### 2 Renseignements généraux

#### 2.1 Personne assurée

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, N°

NPA /Localité

#### 2.2 Contact

Téléphone privé

Mobile

Téléphone professionnel

A quelle heure est-il possible de vous joindre?

E-mail

Où?

Privé

Mobile

Professionnel

#### 2.3 1<sup>ère</sup> Personne prenant part au voyage

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, N°

NPA /Localité

Assurance de la personne prenant part au voyage

Nom de la compagnie d'assurance

Police n°

#### 2.4 2<sup>e</sup> Personne prenant part au voyage

Prénom

Nom

Date de naissance

Rue, N°

NPA /Localité

Assurance de la personne prenant part au voyage

Nom de la compagnie d'assurance

Police n°

Prière de noter les autres personnes prenant part au voyage sur une feuille séparée.

## 2.5 Séjour

### Durée et motif du séjour

Date

du  au

## 2.6 Date de réservation

## 3 Frais d'annulation

### 3.1 Motif d'annulation

#### Pourquoi le voyage a-t-il été annulé?

Maladie     Accident     Décès     Autre événement, lequel?

Description détaillée de l'événement d'annulation

Date

Heure

Lieu

Pays

#### Pour traiter le sinistre, nous avons besoin des documents suivants

- Facture de réservation avec conditions générales de vente
- Décompte des frais d'annulation
- Original du certificat médical avec diagnostic, ainsi que début et fin de l'incapacité de prendre part à un voyage
- En cas de décès: information mortuaire ou acte de décès

## 4 Bagage

### 4.1 Type de sinistre

Vol  Endommagement  Perte  Autre événement, lequel?

Date

Heure

Lieu

Pays

### Cause/Déroulement

### 4.2 Un rapport de police a-t-il été établi?

Non  Oui, par quel poste de police

Si non, pourquoi?

### 4.3 1<sup>er</sup> témoin

Prénom

Nom

Téléphone

Rue, N°

NPA/Localité

Merci de noter les autres témoins sur une feuille séparée.

### 4.4 Où les objets se trouvaient-ils au moment du sinistre?

Si dans l'avion ou à l'aéroport: la compagnie aérienne en a-t-elle été informée?

Oui  Non

Avez-vous reçu une indemnisation de la compagnie aérienne?

Oui  Non

Si oui, joindre le décompte de la compagnie aérienne

**4.5 Objets endommagés ou volés (Prière de joindre originaux quittances d'achat)**

Objet (marque, type)	Date/lieu d'achat	Prix payé	Prix actuel

Selon liste séparée

**4.6 L'assurance de l'inventaire du ménage inclut-elle l'assurance complémentaire «vol simple à l'extérieur»**

Oui  Non

Si oui, somme d'assurance?

CHF

Auprès de quelle compagnie d'assurance?

Nom de la compagnie d'assurance

Police n°

Avez-vous déjà déclaré l'événement à cette assurance?

Oui  Non

**5 Indications complémentaires (à remplir dans chaque cas)**

**5.1 Avez-vous une autre assurance pour ce risque?**

	Compagnie d'assurance	Police n°
<input type="checkbox"/> Assurance véhicule (objets transportés)		
<input type="checkbox"/> Protection juridique		
<input type="checkbox"/> Bagages		
<input type="checkbox"/> Frais d'annulation		
<input type="checkbox"/> Inventaire du ménage		

**6 Paiement à**

**6.1 Nom et adresse du destinataire**

Prénom

Nom

Rue, N°

NPA/Localité

**6.2 Compte du destinataire**

IBAN

Nom de l'institut financier

# Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

Par la signature de ce formulaire, la CSS Assurance est autorisée, en tout temps, à communiquer à des médecins ou autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et aux autorités ou à leurs médecins de sociétés ou médecins-conseils des renseignements, dans le respect des dispositions légales sur la protection des données, ou bien à recueillir auprès de ceux-ci les renseignements nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance. Les instances impliquées sont, dans ces cas-là, déliées de leur obligation de garder le secret et de leur secret professionnel vis-à-vis de la CSS Assurance.

La personne soussignée a le droit de demander des renseignements au sujet du traitement des données qui la concernent. L'autorisation de traiter les données peut être révoquée en tout temps.

Entité juridique pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA, entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

Envoyer à:  
CSS Assurance  
Centre de compétence Ass. spéciales  
Case postale 2568  
6002 Lucerne