

Déclaration de sinistre

Assurance voyage pour frais d'annulation et bagages

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par son représentant légal. Sur css.ch/voyages, vous trouverez toutes les informations sur le produit ainsi que le formulaire nécessaire. Nous vous prions de compléter le formulaire et de nous le faire parvenir dans les meilleurs délais à l'adresse indiquée à la dernière page du formulaire en question. Sans vos informations, nous ne pouvons pas vérifier votre droit aux prestations. Nous vous remercions de votre coopération. Avez-vous des questions? Notre Centre de service-clientèle 0844 277 772 se fera un plaisir de vous répondre.

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^{ère} 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^e 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

4.1 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^{er} 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 la quittance d'achat originale)

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="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Protection juridique	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Bagages	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Frais d'annulation	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Inventaire du ménage	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

Les données que vous nous communiquez ou que nous recevons de la part de tiers avec votre consentement sont traitées par la CSS Assurance SA pour le règlement des sinistres, dans la mesure exclusive où cela est nécessaire. Vous acceptez que ces données soient transmises pour traitement aux sociétés du Groupe CSS impliquées dans le règlement du sinistre, aux coassureurs et réassureurs, aux autorités et à d'autres tiers en Suisse et à l'étranger, ou qu'elles nous soient fournies par ceux-ci, dans la mesure où cela est nécessaire. Les données sont traitées au format électronique ou sur papier. Elles sont conservées aussi longtemps que nécessaire à la gestion des affaires ou pour la durée prescrite par la loi.

Par la signature de ce formulaire, la CSS 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.

Vous trouverez d'autres explications concernant le traitement de vos données dans la déclaration de protection des données de la CSS Assurance SA sur css.ch.

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 SA
Centre de compétence Ass. spéciales
Case postale 2568
6002 Lucerne