

Annnonce de sinistre

N° de sinistre

Assurance frais médicaux/accident

Chère cliente,
Cher client,

En vue du règlement simple et rapide de la prestation d'assurance, nous avons besoin de quelques renseignements importants. Veuillez remplir soigneusement le présent avis de sinistre en annexant les documents suivants, si demandés:

- Preuve de l'entrée en Suisse/dans la Principauté de Liechtenstein (p. ex. une copie du passeport avec le timbre d'entrée)
- Quittances avec ordonnances – originaux
- Factures (médecin, hôpital) – originaux
- Original ou copie du relevé de la carte de crédit, duquel il ressort qu'au moins 80% du prix d'achat ont été payés avec la carte

Au cas où vous ne pouvez répondre à une question que partiellement ou pas du tout, veuillez en donner la raison.

Questions à la personne assurée

Nom:

Prénom(s):

Né(e) le:

Rue/N°:

NPA/Lieu:

Téléphone (accessible pendant la journée):

Adresse e-mail:

Compte bancaire (Neon-IBAN):

Questions concernant d'autres assurances

1. Existe-t-il d'autres assurances pour couvrir cet événement? oui non
2. Si oui, lesquelles?
3. Une indemnité a-t-elle déjà été demandée ou versée par une autre assurance? oui non
4. Si oui, à qui ou par qui?

Questions concernant l'accident

5. Jour de l'accident: _____ Heure de l'accident: _____
6. Lieu de l'accident: _____
7. Description de la blessure: _____
8. La personne blessée était-elle sous l'effet de l'alcool, de médicaments ou de drogues? oui non
9. Un médecin a-t-il été consulté? oui non
10. Si oui, quand pour la première fois? _____ Date: _____
11. Nom et adresse du médecin traitant: _____
12. Est-ce que le traitement est terminé? oui non
13. Si non, quelle est sa durée probable et jusqu'à quelle date: _____
14. D'autres factures sont-elles à prévoir? oui non

15. Si oui, de la part de qui? – Nom et adresse:

16. Qui a causé l'accident? – Nom et adresse:

17. Assurance de l'auteur du sinistre:

18. Quel moyen de transport a-t-il été utilisé?

19. La personne blessée conduisait-elle le véhicule?

oui non

20. Si oui, possédait-elle l'autorisation de conduire requise?

oui non

21. Dans quelles circonstances l'accident s'est-il produit?

22. L'accident a-t-il fait d'autres victimes?

oui non

23. Si oui, veuillez indiquer les noms et adresses:

24. Y a-t-il des témoins oculaires de l'accident?

oui non

25. Si oui, veuillez indiquer les noms et adresses:

26. La police a-t-elle constaté l'accident?

oui non

27. Si non, veuillez indiquer les raisons:

Nom de la personne assurée:

Date de naissance:

ERV est libérée de l'obligation de verser des prestations si, après la survenance du cas d'assurance, la personne assurée commet une tentative de tromperie dolosive sur des faits importants pour la détermination du droit à prestation ou du montant de celle-ci.

J'autorise les médecins, les établissements de soins en tout genre et les assureurs à communiquer à ERV tous renseignements nécessaires sur les maladies, suites d'accidents et infirmités qui existaient auparavant ou qui sont apparues pendant la durée du contrat. Je relève les personnes susmentionnées de leur obligation légale de garder le secret.

Lieu et date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal