

Déclaration de sinistre Assurance annulation

Europese Verzekeringen, service Sinistres voyages, Boîte Postale 12920, 1100 AX Amsterdam, téléphone : +31 (0)20 651 55 05, fax : +31 (0)20 651 54 20
E-mail: reisschade@europese.nl

IMPORTANT :

Afin de faciliter le traitement rapide de votre dossier, il est indispensable de remplir ce formulaire le plus précisément possible et de nous le faire parvenir en y joignant :

- Le contrat original. Si celui-ci ne vous a pas été remis à part, veuillez nous adresser la confirmation de réservation et la facture.
- La facture des frais d'annulation (que vous remet votre agence de voyages ou votre voyageur).
- Les autres justificatifs éventuels.

1. Informations générales

Informations sur l'assurance (elles figurent sur votre contrat)

☐ Assurance annulation permanente

☐ Assurance annulation temporaire

Numéro de police _____ montant assuré _____

Souscrite le _____ par _____ à _____

2. Assuré(e)

2. A. Assuré(e)

Nom et initiales _____ ☐ M ☐ Mme

Numéro et rue _____

Code postal et ville _____

Date de naissance _____ - _____ - _____

Numéro de téléphone _____ privé _____ professionnel _____

Profession _____

Numéro de compte bancaire/CCP _____ au nom de _____

Vous opposez-vous à une communication par e-mail ? ☐ non ☐ oui

Adresse e-mail _____

2. B. Si un éventuel participant au voyage n'est pas un membre de la famille de l'assuré(e),

indiquez ses coordonnées ci-dessous :

Nom et initiales _____

Numéro et rue _____

Code postal et ville _____

Date de naissance _____ - _____ - _____

Profession _____

Numéro de compte bancaire/CCP _____ au nom de _____

Lien entre l'assuré(e) et le participant au voyage _____

3. À remplir uniquement en cas d'annulation pour cause de maladie, accident ou décès

Nom et initiales de la personne malade/blessée/décédée _____

Numéro et rue _____

Code postal et ville _____

Date de naissance _____ - _____ - _____

Lien avec l'assuré(e) _____

Médecin de famille, nom, rue et ville _____

Spécialiste, nom, rue et ville _____

4. Description de la maladie ou de l'accident

a. a. Brève description de la nature et de la gravité de la maladie ou de l'accident

b. Quand sont apparus les premiers symptômes de la maladie

ou à quelle date s'est produit l'accident ?

c. Quel était l'état de santé de la personne identifiée en 2. lors de la réservation du

voyage ou de la signature du contrat de location du logement de vacances ?

d. L'intéressé(e) avait-il/elle déjà souffert de cette maladie ?

Si oui, combien de fois et pendant quelle période ?

e. S'agit-il d'une aggravation de la ou des maladies pour la ou lesquelles l'intéressé(e)

était sous traitement et/ou contrôle médical lors de la souscription de l'assurance ?

f. À quelle date un médecin avait-il été consulté concernant cette maladie

ou cet accident pour la première fois ?

- g. Le médecin traitant était-il informé de votre projet de réserver un voyage ? _____
- h. hQuand s'est-il pour la première fois avéré nécessaire d'annuler le voyage ? _____
- i. Le voyage a-t-il été annulé sur le conseil d'un médecin et à quelle date _____
ce conseil a-t-il été donné ? _____
Si oui, sur le conseil de quel médecin ? nom _____
adresse _____
- j. À votre avis, qui est responsable de l'accident ? (joindre les justificatifs) _____

5. Annulation

- a. À quelle date le voyage a-t-il été annulé ? _____
- b. Au près de quelle agence de voyage l'annulation a-t-elle été effectuée ? _____
- c. Nom de l'organisation de voyages, du voyageur ou du tour-opérateur _____
qui organise le voyage réservé
- d. À combien s'élèvent les frais d'annulation ? _____

6. À remplir uniquement en cas de retard de bateau/autocar/train ou avion

(les billets doivent être joints)

- a. Quand devait avoir lieu le départ du voyage aller ? (joindre le billet) date _____ heure _____
- b. Quand devait avoir lieu l'arrivée sur le lieu de vacances ? (joindre le justificatif) date _____ heure _____
- c. Quand a réellement eu lieu le départ ? (joindre le justificatif) date _____ heure _____
- d. Quand a eu lieu l'arrivée sur le lieu de vacances ? (joindre le justificatif) date _____ heure _____
- e. e. Quelle était la cause du retard ? _____

7. À remplir uniquement en cas de retour anticipé

(à compléter en lien avec la question 3)

- a. À quelle date a commencé le voyage retour ? (joindre les justificatifs) _____
- b. Quelles sont les personnes qui ont avancé leur retour ? _____
- c. En cas d'hospitalisation au cours du voyage, quelle période cela concerne-t-il ? _____
(joindre les justificatifs)
- d. Avez-vous pris contact avec SOS International ? ☐ non ☐ oui, numéro de dossier _____

8. Annulation pour d'autres motifs

Veuillez indiquer ci-après pourquoi vous avez dû annuler le voyage, quand il s'est avéré nécessaire de l'annuler et quand les événements qui ont entraîné la nécessité de l'annuler se sont produits. Veuillez donner le plus de précisions possible et joindre les justificatifs.

9. Autres renseignements

Veuillez le cas échéant indiquer ci-après les renseignements complémentaires utiles à l'appréciation et au règlement de ce sinistre.

Les informations personnelles fournies lors de la demande de services d'assurance ou financiers, ainsi que d'autres informations éventuelles, sont traitées par Europeesche pour la conclusion de contrats d'assurance et la gestion des questions qui en découlent, notamment la prévention de la fraude et la lutte contre celle-ci. Le code de conduite « Verwerking Persoonsgegevens Verzekeringsbedrijf » s'applique. Le texte complet de ce code peut être consulté ou demandé sur le site de l'association néerlandaise des assureurs, www.verzekeraars.nl. Les données fournies peuvent être incorporées dans le CIS, le système central d'informations des compagnies d'assurance opérant aux Pays-Bas. Le règlement de confidentialité du Stichting CIS s'applique au présent enregistrement.

Le soussigné déclare :

- avoir répondu aux questions et fait les déclarations ci-dessus en toute bonne foi, avec exactitude et conformément à la réalité et n'avoir dissimulé aucune information relative à ce sinistre ;
- adresser à Europeesche ce formulaire de sinistre et les autres informations éventuelles devant être fournies à l'avenir pour permettre la détermination de l'étendue des dommages et du droit à indemnisation ;
- si cela s'avère nécessaire, autoriser par la présente le(s) médecin(s)-conseil(s) de SOS International à communiquer au médecin-conseil d'Europeesche les informations médicales pertinentes sur les motifs et le contexte relatifs au traitement médical, à l'hospitalisation et/ou au rapatriement ;
- avoir pris connaissance du contenu de ce formulaire ;
- être informé de la clause en vertu de laquelle toute fausse déclaration annule le droit à indemnisation.

Fait à _____ le _____ signature de l'assuré(e) _____