

## DECLARATION DE SINISTRE – SNOW ASSIST & SKIPASS ASSUR

Nous vous prions de bien vouloir remplir ce formulaire de manière complète et lisible. Veuillez également joindre tous les documents utiles, afin que nous puissions traiter plus rapidement votre sinistre.

### 1. Indications sur la personne assurée

Nom/Prénom: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_  
Code postal: \_\_\_\_\_ Ville/Pays: \_\_\_\_\_  
N° de tél.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
N° de mobile: \_\_\_\_\_

### 2. Coordonnées bancaires

Titulaire du compte: \_\_\_\_\_ Banque: \_\_\_\_\_  
IBAN: \_\_\_\_\_ CCP: \_\_\_\_\_

### 3. Indications sur d'autres couvertures d'assurance

Nom et adresse de votre régime obligatoire ? \_\_\_\_\_  
N° de police: \_\_\_\_\_  
Avez-vous informé cette assurance de ce cas ?  OUI  NON  
Avez-vous une assurance complémentaire ?  OUI  NON  
Si oui, la quelle ? Nom et adresse: \_\_\_\_\_  
N° de police.: \_\_\_\_\_ Avez-vous informé cette assurance de ce cas ?:  OUI  NON

### 4. Nature du sinistre

- Remboursement du forfait de ski
- Remboursement des cours de ski *(Uniquement pour l'assurance Snow Assist)*
- Remboursement de la location du matériel de ski *(Uniquement pour l'assurance Snow Assist)*
- Frais de recherche et secours *(Uniquement pour l'assurance Snow Assist)*
- Frais de transport en ambulance et/ou hélicoptère *(Uniquement pour l'assurance Snow Assist)*

### 5. Indications sur le sinistre dans le cas de l'assurance Snow Assist

Lieu de l'évènement: \_\_\_\_\_ Date et Heure: \_\_\_\_\_  
Les secouristes du domaine skiable sont-ils intervenus ?:  OUI  NON Si oui, par quel moyen ?: \_\_\_\_\_  
Si non, pourquoi ?: \_\_\_\_\_  
Avez-vous été transporté vers un centre médical ?:  OUI  NON  
Si oui, lequel et par quel moyen ?: \_\_\_\_\_

**6. Indications sur le sinistre**

Raison de l'annulation/ interruption:  Maladie  Accident  Décès de la personne assurée  
 Maladie  Accident  Décès d'un proche de la personne assurée  
 Fermeture partielle ou totale des installations de remontées mécaniques de la station

À quelle date avez-vous annulé ou interrompu votre séjour? \_\_\_\_\_

Période d'incapacité de ski : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Quelles personnes ont été concernées?

Nom, prénom	Adresse	Lien de parenté avec la personne assurée

Veillez préciser brièvement la raison de l'incapacité de ski ou la non utilisation du forfait de ski:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

⇒ **Remplir en cas d'annulation**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

⇒ **Remplir en cas d'interruption**

En cas de maladie ou d'accident, un médecin a-t-il été consulté sur place?  OUI  NON

Diagnostic: \_\_\_\_\_

Une hospitalisation a-t-elle été nécessaire?  OUI  NON Si oui, à quelles dates: \_\_\_\_\_

Si vous n'avez pas consulté un médecin ou un hôpital sur place, veuillez nous indiquer les raisons:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Questionnaire médical

Ce questionnaire doit être remis à votre médecin traitant suite à une **annulation pour maladie, accident ou grossesse**:

Nom :	Date de naissance:
-------	--------------------

**Diagnostic:**

Date d'apparition des premiers symptômes:

Date de la première consultation:

Date de l'accident:

Quel traitement a été prescrit?

À compter de quelle date le patient était-il en incapacité de pratiquer le ski ou tout autre sport d'hiver ?

Au moment de la réservation, le patient était-il en état de pratiquer le ski ou tout autre sport d'hiver ?  Oui  Non

À quelle date le patient vous a-t-il informé de sa réservation?

À quelle date le patient a-t-il été informé de son incapacité à pratiquer le ski ou tout autre sport d'hiver ?  
Incapacité totale de ski du            au

Une hospitalisation était-elle nécessaire ?  Oui  Non      Si oui, à quelle date?

Une opération a-t-elle été nécessaire ?  Oui  Non      Si oui, à quelle date ?

A quelle date le patient a-t-il été informé de l'opération ?

En cas de grossesse, à quelle date a-t-elle été constatée?

En cas de maladie préexistante, depuis quand le patient est-il en traitement?

À quand remonte la dernière consultation relative à cette pathologie?

Remarques importantes concernant la décision de l'annulation (p.ex. aggravation imprévue de l'état de santé):

Date :	Signature :
--------	-------------

*Nous nous réservons le droit de vérifier ces données avec le service médical d'Europ Assistance*

## 7. Documentation et justificatifs

Veuillez nous envoyer les documents suivants:

- Copie du forfait de ski
- Attestations médicales
- Le questionnaire médical joint
- En cas de décès, copie du certificat de décès
- Tous les justificatifs des dépenses dont le remboursement est demandé

### 7.1 Justificatifs sur l'annulation ou l'interruption de voyage:

- Copie du certificat médical
- Copie du certificat de décès

J'autorise Europ Assistance Suisse à vérifier et à traiter mes données pour justifier mes prétentions. À cet effet, je délègue les médecins du secret médical et j'autorise les tiers tels que les agences de voyage, compagnies de transport etc., à fournir des renseignements supplémentaires. Europ Assistance est en outre autorisée à consulter des documents officiels et à collecter des renseignements pertinents auprès des autorités et de tiers.

Le cas échéant, les données seront communiquées à des tiers impliqués en Suisse ou à l'étranger, en particulier aux coassureurs et aux réassureurs, à des fins de traitement. Cependant, mon autorisation n'oblige pas la compagnie à verser une quelconque prestation. Europ Assistance s'engage à traiter les informations collectées conformément à la loi sur la protection des données.

Je confirme que les renseignements fournis sont conformes à la vérité et complets. De plus je prends également connaissance de la perte de mes droits à une prestation d'assurance si mes déclarations sont mensongères, incomplètes ou contradictoires.

Lieu, Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_