

## Déclaration de sinistre Roadside-Assistance

Veuillez remplir cette déclaration de sinistre de façon complète et véridique.

### Identité

N° de sinistre \_\_\_\_\_ Plaque d'immatriculation \_\_\_\_\_  
 Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 N° / rue \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 NPA / lieu \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
 Date de naissance [ J , J ] [ M , M ] [ A , A , A , A ]

### Dépenses

Prestation	Devise	Montant
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Veuillez nous envoyer les reçus correspondants.

### Information sur le versement de la prestation

IBAN [ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ]

Nom et adresse du titulaire du compte (si différent de ci-dessus)

\_\_\_\_\_

Je confirme la justesse et la complétude de mes informations

Je confirme que les renseignements fournis sont conformes à la vérité et complets. Je prends également connaissance que je perds mes droits à une prestation d'assurance si mes déclarations sont mensongères, incomplètes ou contradictoires même si pour l'assureur aucun préjudice n'intervient. Je me déclare ainsi d'accord que Allianz Assistance (Suisse) demande des renseignements auprès des entreprises de transports, administrations publiques (police, tribunal, etc.), et demande auprès des autres assureurs des renseignements, consulte des actes et libère de ce fait les personnes concernées de leur secret professionnel légal ou contractuel. Dans la mesure où je l'ignorais encore, je prends acte du fait et j'accepte que les renseignements visant à examiner le droit à prestations puissent être transmises, le cas échéant, en totalité ou en partie à des prestataires soumis à des normes comparables de protection des données, en Suisse ou dans d'autres pays européens.

\_\_\_\_\_  
Lieu / date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée