

Assistance médicale de voyage / frais de guérison / frais de recherche et de sauvetage

En raison d'une urgence médicale pendant le voyage:

- des **frais de voyage de retour, de transport de retour ou de rapatriement** ont été occasionnés.
- des **frais de recherche et de sauvetage** ont été occasionnés.
- des **frais de guérison** ont été occasionnés.
- les prestations réservées n'ont été sollicitées que partiellement (assurance interruption de voyage).
- des frais d'hébergement supplémentaires ont été occasionnés (assurance interruption de voyage).

Nature de l'urgence médicale: Maladie Accident Décès

Veuillez préciser dans un récapitulatif les événements qui ont conduit au sinistre
(si nécessaire, joindre une feuille supplémentaire):

Heure / lieu du sinistre (date / heure / lieu / pays):

Une hospitalisation était-elle nécessaire? Oui Non

Si oui, à partir de quand (durée comprise):

En cas de maladie: Auprès de quelle caisse-maladie le patient a-t-il souscrit l'assurance de base? Numéro de police:

Existe-t-il des assurances complémentaires? Oui Non

Si oui, auprès de quel assureur?

Numéro de police:

En cas d'accident : Auprès de quelle assurance-accidents le patient est-il assuré?

Numéro de police:

Existe-t-il des assurances complémentaires? Oui Non

Si oui, auprès de quel assureur?

Numéro de police:

Le cas échéant : Nom, adresse et assurance responsabilité civile de l'auteur de l'accident:

Numéro de police:

Quel dommage avez-vous subi en raison de l'urgence médicale ? Veuillez dresser la liste des frais que vous faites valoir:

Date:	Prestation:	Facturée par :	Montant en CHF:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Total des dommages: _____

Participants concernés par une interruption du voyage pour raisons médicales:

Nom / Prénom :	Adresse:	Date de naissance:	Relation avec le titulaire de la carte:
_____	_____	[J , J M , M A , A , A , A]	_____
_____	_____	[J , J M , M A , A , A , A]	_____
_____	_____	[J , J M , M A , A , A , A]	_____
_____	_____	[J , J M , M A , A , A , A]	_____

Possédez-vous ou l'une de ces personnes une autre assurance voyages? Oui Non

Si oui, qui? _____

Auprès de quelle compagnie (nom / agence générale)? _____ Numéro de police: _____

Les avez-vous informés de votre cas? Oui Non

Si oui, des coûts ont-ils été pris en charge? Lesquels? _____

Pièces jointes obligatoires:

- Confirmation de réservation
- Décompte mensuel faisant apparaître les transactions pour les prestations réservées
- Autres documents ou attestations officielles justifiant la survenue du sinistre, reçus de dépenses

Pièces jointes obligatoires (le cas échéant):

- Copie des factures médicales
- Décompte de l'assurance-maladie ou accidents
- Copie du rapport médical avec diagnostic / acte de décès
- Reçus pour frais supplémentaires
- Confirmation d'interruption / facture d'annulation

Informations complémentaires, date et signature

Autres informations pertinentes concernant votre déclaration de sinistre:

Le / la soussigné(e) confirme par sa signature que les informations ci-dessus ont été fournies en toute bonne foi, qu'elles sont conformes à la vérité et exhaustives.

IMPORTANT: Le / la soussigné(e) autorise Viseca Card Services SA à traiter les données clients (notamment les données personnelles ainsi que le type et la durée du contrat de carte), y compris tous les documents remis par les personnes assurées, et à les communiquer ou à les transmettre à l'assureur concerné (Allianz) ainsi qu'à Würth Financial Services AG (ci-après dénommée « WÜRTH »). Cet échange intervient exclusivement dans le cadre d'un sinistre déclaré afin d'examiner les prétentions d'assurance sollicitées par le titulaire de la carte. Dans les cas pour lesquels il existe une couverture d'assurance éventuelle, le / la soussigné(e) autorise Allianz et WÜRTH à vérifier et traiter les informations fournies, nécessaires à l'évaluation de l'obligation de prise en charge et au règlement du sinistre. À cette fin, il / elle libère le médecin soussigné de son obligation de confidentialité et autorise des tiers, par exemple des agences de voyages, des voyagistes, etc., à communiquer d'autres informations au sujet du voyage. Le / la soussigné(e) a connaissance du fait que son autorisation est accordée indépendamment de la fourniture de prestations par Allianz. Allianz et WÜRTH s'engagent à traiter les informations reçues conformément à la loi sur la protection des données. Si nécessaire, des données sont transmises à des tiers impliqués en Suisse et à l'étranger, notamment à des coassureurs et réassureurs, en vue du traitement des données. Allianz et WÜRTH sont en outre autorisées à se procurer des renseignements pertinents auprès de services officiels et de tiers ainsi qu'à consulter des dossiers officiels.

Le / la soussigné(e) prend connaissance du fait qu'Allianz est libérée de l'obligation d'allouer des prestations si, après la survenance du sinistre, la personne assurée tente frauduleusement de tromper sur des circonstances importantes pour la justification ou le montant des prestations.

Par ma signature, je confirme l'exactitude et l'exhaustivité de mes données

Je confirme que les renseignements fournis sont conformes à la vérité et complets. Je note que je peux perdre le droit à la prestation d'assurance, si mes informations sont fausses, incomplètes ou contradictoires, même si l'assureur n'est pas désavantagé de ce fait. J'accepte qu'Allianz se renseigne auprès des autorités (police, tribunaux, etc.), d'autres assureurs et tiers pertinents et consulte des dossiers, et délie les parties citées de leur obligation légale ou contractuelle de garder le secret. Si ces informations ne me sont pas encore connues, je prends connaissance du fait et accepte que les données puissent être transmises, le cas échéant, en totalité ou en partie, à des prestataires externes aux fins de vérification du droit aux prestations.

Notre déclaration de confidentialité vous explique comment nous protégeons vos données. Pour lire notre déclaration de confidentialité, veuillez cliquer [ici](#)

Levée du secret médical

J'ai connaissance du fait, qu'afin d'évaluer son obligation de prise en charge, Allianz vérifie les informations que je communique dans le cadre de la justification de mon droit aux prestations. Dans ce contexte, je libère du secret professionnel les médecins et leurs auxiliaires cités dans les documents que j'ai présentés ou qui ont participé au traitement et ce, au-delà de mon décès. En ce qui concerne tout éventuel traitement antérieur, la levée de l'obligation de confidentialité ne s'applique toutefois que dans la mesure où ces informations sont nécessaires à la vérification de l'obligation de prise en charge. Par ailleurs, je délie les médecins-conseils d'Allianz du secret médical à l'égard des collaborateurs d'Allianz chargés du traitement du sinistre déclaré. J'ai connaissance du fait qu'Allianz recourt le cas échéant, en totalité ou en partie, à des prestations de services d'entreprises juridiquement indépendantes du groupe Allianz, soumises à des normes de protection des données comparables, en Suisse ou dans d'autres pays d'Europe ; je consens à ce que les données personnelles me concernant ou concernant mon sinistre, y compris les données personnelles particulièrement sensibles, puissent être transmises aux entreprises de services précitées pour traitement aux fins mentionnées.

Lieu / date

Signature du titulaire de la carte