

## Déclaration de sinistre Assurance accidents des moyens de transport

Veuillez remplir ce formulaire de sinistre de manière complète et conforme à la vérité.

### Informations concernant le titulaire de la carte

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Rue / n°: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_  
 NPA / localité: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 N° de compte de carte: **110** \_\_\_\_\_ Date de naissance: [ J , J ] [ M , M ] [ A , A , A , A ]  
(apparaît sur la facture mensuelle)  
 Type de carte:  Basic  Argent  Or  Platinum  
 Numéro de carte de crédit : [ X , X , X , X | X , X , X , X | X , X , X , X | , , , , ]

### Informations concernant l'ayant droit (si différentes de ce qui précède)

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_  
 Rue / n°: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 NPA / localité: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Relation avec le titulaire de la carte: \_\_\_\_\_ Date de naissance: [ J , J ] [ M , M ] [ A , A , A , A ]

### Informations concernant le versement des prestations

IBAN: [ , , , , | , , , , | , , , , | , , , , | , , , , | , , , , | , , , , ]

Nom et adresse du titulaire du compte (si différents de ce qui précède):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Informations concernant le voyage

<input type="checkbox"/> <b>Voyage en avion</b> Compagnie aérienne / numéro de vol: _____ Itinéraire (de / à): _____ Date du voyage (du / au): _____ <input type="checkbox"/> <b>Véhicule de location:</b> Agence de location et lieu: _____ Date de location (du / au): _____	<input type="checkbox"/> <b>Voyage en bus / train / bateau</b> Société: _____ Itinéraire (de / à): _____ Date du voyage (du / au): _____ <input type="checkbox"/> <b>Autre moyen de transport:</b> Type de moyen de transport: _____ Société de transport: _____ Date du voyage (du / au): _____
--	--

Le moyen de transport a été réglé par carte de crédit. La transaction ci-dessous (selon décompte de carte de crédit) correspond à son paiement:

Date:	Nom / lieu de la succursale:	Montant en CHF:	Montant en monnaie:
_____	_____	_____	_____



**Pièces jointes obligatoires:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copie de votre facture de carte de crédit de la transaction concernée                  | <input type="checkbox"/> Confirmations de réservation des prestations de voyage réservées avec (moyens de transport, hôtel, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Certificats médicaux / rapports médicaux (rapport d'accident, rapport de police, etc.) | <input type="checkbox"/> Autres documents qui attestent de l'événement  |
| <input type="checkbox"/> En cas de décès: acte de décès   | <input type="checkbox"/> En cas d'invalidité: certificats médicaux, décision de l'AI  |

**Remarques:**


---



---



---



---

**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. Par sa signature, le / la soussigné(e) autorise Allianz à se procurer auprès de tiers (p. ex. services officiels, personnes de renseignement, médecins, hôpitaux, assurances), en Suisse et à l'étranger, les informations dont elle a besoin pour conseiller ou traiter le cas de prestations. Le mandant délie ces tiers d'une éventuelle obligation de confidentialité professionnelle ou légale et les autorise à communiquer toutes les informations le concernant.**

**IMPORTANT:** Dans les cas pour lesquels il existe une couverture d'assurance éventuelle, le / la soussigné(e) autorise Allianz et Würth Financial Services AG (ci-après dénommée « WÜRTH ») à vérifier et traiter les informations fournies, nécessaires à l'évaluation de l'obligation de prise en charge et au règlement du sinistre. Allianz ou WÜRTH sont autorisées à se procurer auprès de tiers impliqués et à traiter les données directement nécessaires à la gestion du contrat et des sinistres. De même, dans le cadre de la gestion du contrat et des sinistres, les personnes impliquées sont autorisées à se procurer des renseignements pertinents auprès de tels tiers et à consulter des dossiers officiels. Les parties s'engagent à traiter les informations ainsi collectées de manière confidentielle. Les données devront être conservées sous forme physique et / ou électronique. 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