

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

Date:	Prestation (annulée / non fournie):	Réservée auprès de:	Montant en CHF:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Total des dommages: _____

Personnes concernées par l'annulation:

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 de billets d'accès à des événements?

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, les coûts ont-ils été pris en charge? Lesquels?

En cas d'annulation pour cause de **maladie / d'accident**:
 Où et quand la maladie / l'accident est-elle / il survenu(e)?

Lieu: _____ Date: [J | J | M | M | A | A | A | A]

En cas d'accident: Veuillez décrire le déroulement de l'accident, en indiquant le type / l'étendue de la blessure:

Qui a été touché par la maladie / l'accident (titulaire du billet ou personne proche)?

Avez-vous consulté un médecin?

Oui Non Date:

Diagnostic:

Pièces jointes obligatoires:

- Confirmation de réservation
- Décompte mensuel faisant apparaître les transactions pour les prestations réservées
- Autres documents ou certificats officiels justifiant la survenue du sinistre (rapport médical détaillé, etc.)

Pièces jointes obligatoires (le cas échéant):

- En cas de report: confirmation de report

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.

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

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.

Lieu / date

Signature du titulaire de la carte