

Déclaration de sinistre Assistance médicale durant le voyage

Suivant le type de carte, les services de Viseca Card Services SA incluent la prestation **Assistance médicale durant le voyage**. Cette assurance est proposée par Viseca Card Services SA en collaboration avec des partenaires d'assurance.

La déclaration de sinistre écrite doit être envoyée avec tous les documents originaux correspondants. Veuillez envoyer le formulaire de déclaration de sinistre dûment complété avec les preuves requises à Viseca Card Services SA, Hagenholzstrasse 56, Case postale 7007, 8050 Zurich.

En vue de l'examen de la déclaration de sinistre, des renseignements concrets et complets ainsi que la signature juridiquement valable du titulaire de carte doivent être fournis.

Les points suivants doivent être observés:

- Les conditions de base requises pour un sinistre assuré conformément aux CGA (les Conditions Générales d'Assurance peuvent être obtenues sur www.viseca.ch/assurances ou en appelant le numéro de téléphone +41 (0)58 958 80 44) doivent être remplies.
- Les CGA de l'assureur concerné sont dans tous les cas déterminantes quant au droit aux prestations.
- Les frais de guérison sont pris en charge en complément des prestations de la caisse-maladie ou de l'assurance-accidents (hormis les éventuelles franchises et quotes-parts). Toutes les factures doivent d'abord être envoyées à l'assurance-maladie/accidents concernée.
- Pour pouvoir faire valoir le droit aux prestations de l'assistance médicale durant le voyage, l'assureur doit être contacté immédiatement après le sinistre (via Viseca Card Services SA, téléphone +41 (0)58 958 82 85) afin d'obtenir son accord concernant les éventuelles mesures d'assistance à prendre et la prise en charge des frais.

Dès que votre déclaration de sinistre et tous les documents requis seront parvenus à Viseca Card Services SA, nous examinerons votre demande et la transmettrons au partenaire d'assurance concerné.

Si d'autres renseignements ou documents sont nécessaires au traitement de votre déclaration de sinistre, nos partenaires d'assurance se chargeront de prendre contact avec vous dans les semaines qui suivent.

Suivant les circonstances, la décision finale concernant le sinistre peut requérir un certain temps car diverses vérifications sont habituellement nécessaires. Nous vous remercions de votre compréhension et de votre confiance et comptons sur votre collaboration.

Assistance médicale durant le voyage d'Europ Assistance

En raison d'une urgence médicale durant le voyage

- des **frais de voyage de retour, de transport de retour ou de rapatriement** ont été facturés.
- des **frais de recherche et de sauvetage** ont été facturés.
- des **frais de guérison** ont été facturés.
- seule une partie des prestations réservées a été utilisée (assurance en cas d'interruption de voyage).
- des frais d'hébergement ont été facturés (assurance en cas d'interruption de voyage).
- Nature de l'urgence médicale: maladie grave accident décès

Veuillez faire un résumé précis des événements ayant entraîné le sinistre (joindre une feuille supplémentaire si nécessaire):

Date/lieu du sinistre (date/heure/localité/pays):

En cas d'accident: nature/étendue des blessures:

Diagnostic médical:

Médecin traitant:

Date/durée du traitement:

Une hospitalisation a-t-elle été nécessaire? oui non

Si oui, à partir de quand (date et durée):

En cas de maladie: Auprès de quelle caisse-maladie le patient a-t-il son 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:

S'il y a lieu: nom, adresse et assurance responsabilité civile du responsable de l'accident: Numéro de police:

Important: Prière de compléter aussi la page suivante!

Quels frais vous ont-ils été facturés suite à l'urgence médicale? Veuillez établir la liste des dédommagements réclamés:

Date:	Prestation:	Frais facturés par:	Montant en CHF:
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
Total des dommages:			_____

Personnes voyageant avec l'assuré et étant concernées par l'interruption de voyage suite à l'urgence médicale:

Nom/prénom:	Adresse:	Date de naissance:	Degré de parenté/relation avec le titulaire de carte:
_____	_____	JJ JJ MM AA AA	_____
_____	_____	JJ JJ MM AA AA	_____
_____	_____	JJ JJ MM AA AA	_____
_____	_____	JJ JJ MM AA AA	_____

Vous et/ou ces personnes possédez-vous une autre assurance voyages? oui non

Si oui, auprès de quel assureur? S.v.p. indiquez le nom du preneur d'assurance. Numéro de police:

Avez-vous signalé le sinistre à cet assureur? oui non

Si oui, des frais ont-ils été pris en charge et lesquels?

Documents à joindre obligatoirement:

- Confirmation de la réservation
- Factures mensuelles avec les transactions correspondant aux prestations réservées
- Confirmation de l'annulation/facture des frais d'annulation
- Autres documents et/ou attestations officielles prouvant la survenance du sinistre (rapport de police, etc.)

Documents à joindre obligatoirement (le cas échéant):

- Copie des factures avec le décompte des frais médicaux
- Facture originale de l'assurance-maladie/accidents
- Copie du rapport médical avec le diagnostic
- Copie de l'acte de décès

Informations complémentaires, date et signature

Autres informations pertinentes concernant votre déclaration de sinistre:

La personne soussignée confirme par la présente que les renseignements ci-dessus ont été fournis en toute connaissance de cause et qu'ils sont complets et conformes à la vérité.

IMPORTANT: Le/la soussigné-e autorise Viseca Card Services SA à traiter les données de client nécessaires à l'exécution du contrat et au traitement de la déclaration du sinistre (notamment les données personnelles telles que le type et la durée du contrat de carte), y compris tous les documents envoyés par les personnes assurées, et à les porter à la connaissance et/ou les transmettre à l'assureur (Europ Assistance (Suisse) Assurances SA, ci-après EUROP ASSISTANCE) et à Würth Financial Services AG (ci-après WÜRTH). Cela s'applique exclusivement lors de l'annonce d'un cas d'assurance en vue de l'examen des prétentions d'assurance émises par le titulaire de la carte.

Lorsqu'une éventuelle couverture d'assurance existe, le/la soussigné-e autorise EUROP ASSISTANCE et WÜRTH à procéder à l'examen et au traitement des renseignements fournis pour l'évaluation de l'obligation de prise en charge et le traitement du sinistre. A cet effet, le/la soussigné-e délègue les médecins de leur obligation de garder le secret et autorise des tiers, par exemple les agences de voyages, transporteurs, institutions de prévoyance, etc., à fournir des informations complémentaires importantes pour le cas d'assurance. Le/la soussigné-e prend acte du fait que son autorisation n'oblige pas EUROP ASSISTANCE à fournir une prestation. EUROP ASSISTANCE et WÜRTH s'engagent à traiter les informations reçues conformément à la loi sur la protection des données.

Si cela s'avère nécessaire, les données sont transmises à des tiers concernés en Suisse et à l'étranger, notamment à des coassureurs et réassureurs en vue de leur traitement. EUROP ASSISTANCE et WÜRTH sont en outre autorisées à recueillir des renseignements pertinents auprès d'instances officielles et de tiers et à consulter des actes officiels.

Le/la soussigné-e prend acte du fait que la compagnie d'assurance EUROP ASSISTANCE est libérée de l'obligation de fournir une prestation si la personne assurée commet une tentative de tromperie dolosive sur des faits importants pour la détermination du motif et du montant des prestations d'assurance.

Ce formulaire est recevable uniquement avec la signature juridiquement valable du titulaire de la carte.

Lieu et date

Signature du titulaire de carte