

# Annnonce de sinistre

N° de sinistre

## Assurance frais médicaux/accident

Chère cliente,  
Cher client,

En vue du règlement simple et rapide de la prestation d'assurance, nous avons besoin de quelques renseignements importants. Veuillez remplir soigneusement le présent avis de sinistre en annexant les documents suivants, si demandés:

- Preuve de l'entrée en Suisse/dans la Principauté de Liechtenstein (p. ex. une copie du passeport avec le timbre d'entrée)
- Quittances avec ordonnances – originaux
- Factures (médecin, hôpital) – originaux
- Original ou copie du relevé de la carte de crédit, duquel il ressort qu'au moins 80% du prix d'achat ont été payés avec la carte

Au cas où vous ne pouvez répondre à une question que partiellement ou pas du tout, veuillez en donner la raison.

### Questions à la personne assurée

Nom:

Prénom(s):

Né(e) le:

Rue/N°:

NPA/Lieu:

Téléphone (accessible pendant la journée):

Adresse e-mail:

Compte bancaire (Neon-IBAN):

### Questions concernant d'autres assurances

1. Existe-t-il d'autres assurances pour couvrir cet événement?  oui  non
2. Si oui, lesquelles?
3. Une indemnité a-t-elle déjà été demandée ou versée par une autre assurance?  oui  non
4. Si oui, à qui ou par qui?

### Questions concernant l'accident

5. Jour de l'accident: \_\_\_\_\_ Heure de l'accident: \_\_\_\_\_
6. Lieu de l'accident: \_\_\_\_\_
7. Description de la blessure: \_\_\_\_\_
8. La personne blessée était-elle sous l'effet de l'alcool, de médicaments ou de drogues?  oui  non
9. Un médecin a-t-il été consulté?  oui  non
10. Si oui, quand pour la première fois? \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_
11. Nom et adresse du médecin traitant: \_\_\_\_\_
12. Est-ce que le traitement est terminé?  oui  non
13. Si non, quelle est sa durée probable et jusqu'à quelle date: \_\_\_\_\_
14. D'autres factures sont-elles à prévoir?  oui  non

15. Si oui, de la part de qui? – Nom et adresse:

---

16. Qui a causé l'accident? – Nom et adresse:

---

17. Assurance de l'auteur du sinistre:

---

18. Quel moyen de transport a-t-il été utilisé?

---

19. La personne blessée conduisait-elle le véhicule?

oui  non

20. Si oui, possédait-elle l'autorisation de conduire requise?

oui  non

21. Dans quelles circonstances l'accident s'est-il produit?

---

---

---

22. L'accident a-t-il fait d'autres victimes?

oui  non

23. Si oui, veuillez indiquer les noms et adresses:

---

---

24. Y a-t-il des témoins oculaires de l'accident?

oui  non

25. Si oui, veuillez indiquer les noms et adresses:

---

---

26. La police a-t-elle constaté l'accident?

oui  non

27. Si non, veuillez indiquer les raisons:

---

Nom de la personne assurée:

Date de naissance:

ERV est libérée de l'obligation de verser des prestations si, après la survenance du cas d'assurance, la personne assurée commet une tentative de tromperie dolosive sur des faits importants pour la détermination du droit à prestation ou du montant de celle-ci.

J'autorise les médecins, les établissements de soins en tout genre et les assureurs à communiquer à ERV tous renseignements nécessaires sur les maladies, suites d'accidents et infirmités qui existaient auparavant ou qui sont apparues pendant la durée du contrat. Je relève les personnes susmentionnées de leur obligation légale de garder le secret.

Lieu et date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal