



Assurance pour voyages et vacances

Déclaration de sinistre

Preneur d'assurance

| | | | |
|---|-----|--------------------|---|
| Police n° | | | |
| N° personnel | | | <input type="checkbox"/> pas sociétaire CSS |
| <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur | Nom | | Prénom |
| Rue | | | |
| NPA | | Lieu/canton | |
| Profession | | Nom de l'employeur | |
| Tél. privé | | Tél. prof. | |
| A quelle heure peut-on vous joindre le plus facilement? | | Où? | <input type="checkbox"/> privé <input type="checkbox"/> prof. |

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Frais de guérison en cas de maladie ou d'accident | <input type="checkbox"/> Décès/invalidité par accident |
| <input type="checkbox"/> Bagages | |
| <input type="checkbox"/> Frais d'annulation | |

Que s'est-il passé?

| | | | |
|--|--|------------|--|
| Date, heure | | Lieu, pays | |
| Personne ayant subi le dommage | | | |
| Description précise de l'événement (utilisez, si nécessaire, une feuille supplémentaire) | | | |
| | | | |

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| A-t-on fait intervenir la centrale d'alarme de la CSS, resp. l'a-t-on informée? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Dans le cas où un autre organisme de sauvetage est intervenu, lequel? | | |

Frais de guérison

S'agit-il

- d'une maladie
 d'un accident → veuillez remplir la déclaration d'accident ci-jointe

Quels traitements ont été pratiqués par le médecin ou l'hôpital à l'étranger?

Coût du traitement et devise:

| Traitement ambulatoire | | | Traitement hospitalier | | |
|---|------------------|-----|------------------------|------------------|-----|
| du | | | du | | |
| au | | | au | | |
| Coût: | Devise étrangère | CHF | Coût: | Devise étrangère | CHF |
| Médecin | | | Frais d'hôpital | | |
| Médicaments (seul. sur prescription médicale) | | | | | |
| | | | | | |
| Total | | | Total | | |

Médecin/Hôpital ayant effectué les premiers soins:

Traitement ultérieur par médecin/hôpital à l'étranger ou en Suisse:

Par quelle assurance vous êtes couvert obligatoirement contre maladie et/ou accident?

Avez-vous déjà été en traitement médical en Suisse pour cette affection?

Oui Non

Si oui, quand?

Par qui?

Etes-vous assuré ailleurs (maladie/accident/frais de transport/livret ETI, etc.)

Oui Non

Si oui, compagnie d'assurance?

Couverture d'assurance (év. joindre copie de la police)

Avez-vous déjà signalé l'événement à cette assurance?

Oui Non

Avez-vous conclu une assurance voyages et vacances séparée?

Auprès de la CSS

Oui Non

N° police

Auprès d'une autre compagnie d'assurance:

Oui Non

Si oui, auprès de quelle compagnie?

N° police

Durée et motif du séjour à l'étranger?

Remarques

Bagages/Frais d'annulation

- Bagages
- Endommagement
- Vol/quand et où celui-ci a-t-il été remarqué?

| Un rapport de police a-t-il été dressé? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | Par qui? | |
|--|------------------------------|------------------------------|-------------|--|
| Témoins (nom, adresse, n° de tél.) | | | | |
| Où les objets se trouvaient-ils au moment du dommage? | | | | |
| Si l'auto était fermée, étaient-ils placés dans le coffre? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | | |
| Objets (marque/genre) | Date d'achat/lieu d'achat | Prix payé | Prix actuel | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Joindre l'original des reçus d'achat et le rapport de police!

Indications complémentaires (à compléter dans chaque cas)

Quelles autres assurances possède le preneur d'assurance, resp. la personne victime du dommage?

| Genre d'assurance | Compagnie/Agence | Police n° |
|---|------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assurance véhicule (casco) | | |
| <input type="checkbox"/> Protection juridique | | |
| <input type="checkbox"/> Bagages | | |
| <input type="checkbox"/> Frais d'annulation | | |
| <input type="checkbox"/> Mobilier du ménage | | |
| <input type="checkbox"/> Maladie/Accident | | |
| Dans l'assurance ménage, le complément «vol simple hors domicile» a-t-il été conclu? Si oui, quelle est la somme assurée? | | |
| Remarques | | |
| Compte postal n° | | Coordonnées bancaires, compte n° |

Le membre soussigné, ou son représentant légal, déclare par la présente avoir répondu correctement et complètement aux questions ci-dessus. Il autorise la CSS à demander des renseignements auprès d'autres assureurs, médecins, instances de police ou judiciaires.

| | |
|------------|------------|
| Lieu/Date: | Signature: |
| | |

