



CSS

Assurance

# Avis de sinistre

## Global Business Traveller et Trainees and Guests

Ce formulaire doit être complété par la personne assurée, respectivement par son représentant légal. Une réponse détaillée devra être fournie pour toutes les questions relatives au sinistre annoncé. Une fois signé, prière d'envoyer ce formulaire à l'adresse mentionnée au bas de la page 4 du présent document. Merci.

### 1 Produit/s

#### Global Business Traveller

- Frais de guérison/Assistance de personne  
 Assurance pour décès ou invalidité par accident  
 Assurance de protection juridique

- Bagages  
 Frais d'annulation

#### Trainees and Guests

- Frais de guérison  
 Assurance pour décès ou invalidité par accident

### 2 Preneur d'assurance

#### 2.1 Informations générales

Entreprise  Numéro de police

#### 2.2 Personne de contact

Prénom  Nom  Téléphone

### 3 Personne assurée

Prénom  Nom  Sexe  Féminin  Masculin Etat civil   
Rue, no  NPA/Localité  Date de naissance   
Numéros de téléphone  
Privé  Professionnel

### 4 Informations relatives au sinistre

Motif du voyage professionnel   
Date de départ  Date de retour

### 5 Destinataire des prestations

Preneur d'assurance (Employeur)  Collaborateur/trice  Autre personne

#### 5.1 Nom et adresse du destinataire

Prénom  Nom   
Rue, no  NPA/Localité

## 5.2 Coordonnées bancaires du destinataire des prestations

Compte postal

No du compte postal

Compte bancaire

IBAN

Nom de la banque

## 6 Frais de guérison

### 6.1 S'agit-il de

Maladie

Accident (prière de remplir la déclaration d'accident ci-jointe)

### 6.2 Type de maladie resp. d'accident

Description exacte

### 6.3 Quand et où êtes-vous tombé(e) malade/avez-vous été accidenté(e) ?

Date

Heure

Lieu

Pays

### 6.4 Quels traitements ont été dispensés à l'étranger par le médecin ou l'hôpital?

(Joindre le rapport médical svp)

### 6.5 Premier traitement médical dispensé par

Prénom

Nom

Téléphone

Hôpital

Rue, no

NPA/Localité

### 6.6 Traitements médicaux ultérieurs dispensés par

Prénom

Nom

Téléphone

Hôpital

Rue, no

NPA/Localité

**6.6.1 Traitement ambulatoire** (joindre svp les justificatifs de paiement, extraits de carte de crédit ou autre)

	Frais	Devise étrangère	CHF
Du <input type="text"/>	Médecin	<input type="text"/>	<input type="text"/>
au <input type="text"/>	Médicaments (seulement sur prescription médicale)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6.6.2 Traitement stationnaire (hospitalisation)** (joindre svp les justificatifs de paiement, extraits de carte de crédit ou autre)

	Frais	Devise étrangère	CHF
Du <input type="text"/>	Médecin	<input type="text"/>	<input type="text"/>
au <input type="text"/>	Médicaments (seulement sur prescription médicale)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<b>Total</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6.7 Traitement précédent**

Avez-vous déjà été en traitement chez un médecin en Suisse pour la même affection?

Non  Oui chez

Traitement terminé le

**6.8 Avez-vous déjà annoncé l'événement à un autre assureur?**

Oui  Non

**7 Bagages**

**7.1**  Endommagement

Vol/Quand et où avez-vous remarqué ce vol?

**7.2 Un rapport de police a-t-il été établi?**

Non  Oui, auprès de quel poste de police ?   
(joindre une copie du rapport de police svp)

**7.3 Témoin(s)**

Prénom	Nom	Téléphone
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rue, no	NPA/Localité
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**7.4 Où se trouvaient les objets au moment du sinistre?**

**7.5 Si c'était dans une voiture fermée à clé, les objets se trouvaient-ils dans le coffre?**

Oui  Non

**7.6 Objets**

Marque/type	Lieu de l'achat (magasin)	Date de l'achat	Valeur substitutive/ frais de réparation

Selon liste séparée (annexée)

**8 Frais d'annulation**

Motif du non départ en voyage? (Veuillez joindre la confirmation de réservation originale avec indication du prix!).


**9 Données complémentaires (à remplir impérativement)**

Quelles autres assurances possède le preneur d'assurance ou la personne lésée?

**Prière d'envoyer les originaux des quittances d'achat, rapports de police, factures relatives au voyage et certificats médicaux!**

Type d'assurance	Compagnie/Agence	No de police/de client
<input type="checkbox"/> Ass. véhicule à moteur (casco)		
<input type="checkbox"/> Protection juridique		
<input type="checkbox"/> Bagages		
<input type="checkbox"/> Frais d'annulation		
<input type="checkbox"/> Inventaire du ménage		
<input type="checkbox"/> Assurance-maladie (accidents) selon la LAMal		
<input type="checkbox"/> Assurance accidents selon la LAA (employeur)		

**10 Signatures**

L'ayant droit ou son représentant légal déclare par la présente avoir répondu à toutes les questions conformément à la vérité. Il autorise la CSS à demander tout renseignement, concernant la présente demande de prestations, aux médecins, autres assureurs, instances juridiques et policières.

Lieu	Date	Signature de la personne assurée