

# Annonce de sinistre

N° de sinistre: \_\_\_\_\_

## Retards de vol

Chère cliente, cher client,

Afin de pouvoir déterminer si une prestation d'assurance doit être versée, nous avons besoin de quelques informations importantes. Veuillez remplir soigneusement cet avis de sinistre et, le cas échéant, y joindre les documents suivants:

- confirmation de réservation (original ou copie)
- quittances, factures des frais assurés, billets de voyage
- 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

Si vous ne pouvez pas répondre à une question ou ne pouvez y répondre que de manière incomplète, veuillez en expliquer la raison.

### Questions sur l'ayant droit (personne ayant souscrit l'assurance)

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

Rue/n° du domicile: \_\_\_\_\_

NPA/Localité: \_\_\_\_\_

Téléphone (disponible en journée): \_\_\_\_\_

Adresse e-mail: \_\_\_\_\_

Numéro de compte (Neon-IBAN): \_\_\_\_\_

### Questions sur les autres couvertures d'assurance

1. Existe-t-il d'autres assurances pour 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, par qui? \_\_\_\_\_

### Questions relatives au retard du vol

5. Date de l'ordre de réservation: \_\_\_\_\_
6. Voyageur: \_\_\_\_\_
7. Quelles étaient la date et l'heure de départ prévues du vol de correspondance? \_\_\_\_\_
8. À quelles date et heure votre réservation a-t-elle été modifiée? \_\_\_\_\_
9. Quelle était la raison du retard du vol? \_\_\_\_\_
10. Avez-vous déjà fait la demande auprès de la compagnie aérienne?  oui  non
11. Si oui, veuillez joindre la réponse. \_\_\_\_\_
12. Si non, pourquoi: \_\_\_\_\_

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 hospitaliers de tout type, l'autorité compétente pour les mesures administratives en matière de circulation routière, la police, les pompiers, les assureurs et les autorités à fournir à ERV tous les renseignements nécessaires sur les maladies, séquelles d'accident, et infirmités antérieures, existantes et survenues pendant la durée du contrat et je libère par la présente les personnes et institutions mentionnées de leur obligation légale de garder le secret.

Lieu et date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal