

# Déclaration de sinistre - Annulation ou retour prématuré de voyage



Vaudoise Générale,  
Compagnie d'Assurances SA  
Place de Milan, CP 120, CH-1001 Lausanne  
T 0800 811 911, F 021 618 85 16

Nous regrettons que vous ayez dû annuler votre voyage. Nous vous prions de bien vouloir remplir ce formulaire de manière complète et lisible. Veuillez également joindre tous les documents utiles, afin que nous puissions traiter plus rapidement votre sinistre.

## 1. Indications sur la personne assurée

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue \_\_\_\_\_ NPA/ Lieu \_\_\_\_\_

Téléphone privé \_\_\_\_\_ Téléphone portable \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_

## 2. Coordonnées bancaires ou postales

Titulaire du compte \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

## 3. Indications sur d'autres couvertures d'assurance

Possédez-vous une autre assurance voyage?  Oui  Non Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_

N° de police \_\_\_\_\_ Avez-vous informé cette assurance de ce cas?  Oui  Non

## 4. Indications sur le voyage prévu

Date de réservation \_\_\_\_\_ Date du voyage du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Quels types de voyage avez-vous réservé (plusieurs combinaisons possibles)?

Vol  Hôtel  Arrangement  Appartement de vacances  Vol et hôtel  Autres \_\_\_\_\_

Chez qui avez-vous réservé votre voyage?  Agence de voyage  Réservation online  Organisateur/propriétaire direct

Nom \_\_\_\_\_ Tél/E-mail \_\_\_\_\_

## 5. Indications sur la raison de l'annulation ou interruption du voyage

Raison de l'annulation/interruption?

Maladie  Accident  Décès  Perte d'emploi  Autres \_\_\_\_\_

Date de l'incident \_\_\_\_\_ Dans quel pays a eu lieu l'incident? \_\_\_\_\_

À quelle date avez-vous annulé ou interrompu votre voyage? \_\_\_\_\_

Quelles personnes ont été concernées? \_\_\_\_\_

Quel montant global (en CHF) demandez-vous? \_\_\_\_\_

Veuillez nous préciser en un petit résumé la raison de l'annulation ou de l'interruption du voyage

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veillez nous indiquer toutes les personnes participant au voyage prévu, qui ont également annulé ou interrompu ce dernier

Nom, prénom	Adresse	Date de naissance	Degré de parenté/relation

Parmi les personnes listées ci-dessus, lesquelles possèdent une assurance de voyage? Cette assurance couvre-t-elle également vos frais d'annulation? Auprès de quelle assurance?

---

---

---

Quels dommages avez-vous subis suite à l'annulation ou l'interruption du voyage? Veuillez énumérer les frais occasionnés

Date	Prestation (annulée/non utilisée)	Réservée auprès de	Montant en CHF et en monnaie d'origine, le cas échéant

### Remplir en cas d'annulation de voyage uniquement

Si le voyage n'a pas été annulé immédiatement, veuillez nous indiquer les raisons

---

---

### Remplir en cas d'interruption de voyage uniquement

En cas de maladie ou d'accident, un médecin a-t-il été consulté sur place?  Oui  Non

Diagnostic \_\_\_\_\_

Une hospitalisation a-t-elle été nécessaire?  Oui  Non Si oui, à quelles dates? \_\_\_\_\_

Si vous n'avez pas consulté un médecin ou un hôpital sur place, veuillez nous indiquer les raisons

---

---

---

---

## Questionnaire médical

Ce questionnaire doit être remis à votre médecin traitant suite à une annulation pour **maladie, accident ou grossesse**

Nom et prénom	Date de naissance
Diagnostic	
Date d'apparition des premiers symptômes	
Date de la première consultation	
Date de l'accident	
Quel traitement a été prescrit?	
Au moment de la réservation, le patient était-il en mesure de voyager? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
À compter de quelle date le patient était-il en incapacité de voyager ?	
Incapacité à voyager du	au
À quelle date le patient vous a-t-il informé de son voyage?	
À quelle date le patient a-t-il été informé de son incapacité à voyager?	
Une hospitalisation était-elle nécessaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date?	
Une opération a-t-elle été nécessaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, à quelle date?	
A quelle date le patient a-t-il été informé de l'opération?	
En cas de grossesse, à quelle date a-t-elle été constatée?	
En cas de maladie préexistante, depuis quand le patient est-il en traitement?	
À quand remonte la dernière consultation relative à cette pathologie?	
Remarques importantes concernant la décision de l'annulation (p.ex. aggravation imprévue de l'état de santé)	
Lieu et date	Signature et tampon du médecin

Nous nous réservons le droit de vérifier ces données avec le service médical d'Europ Assistance

## 6. Documentation et justification

Veillez nous envoyer les documents suivants

### 6.1 Documents de voyage

- Copie de la facture de réservation
- Original de la facture d'annulation (si réservation par agence de voyage)
- Preuve de paiement des frais d'annulation
- Copie de la facture de réservation faite par Internet ou par e-mail
- Si réservation faite par Internet: e-mail confirmant l'annulation
- CGA de l'organisateur du voyage
- Pour les appartements de vacances: Copie du contrat de bail ainsi qu'une confirmation d'annulation de la part du propriétaire avec indication du montant à indemniser

Avis important: Une copie de la facture d'annulation est admise, si une ou plusieurs personnes participant possèdent une autre assurance que la vôtre et s'ils ont déjà annoncé et envoyé leurs documents à leurs assurances.

### 6.2 Justificatifs sur l'annulation ou l'interruption de voyage

- Copie du certificat médical
- Copie du certificat de décès
- Copie de la lettre de licenciement ou le nouveau contrat de travail
- Tous autres justificatifs qui affirment la raison d'annulation (rapport de police etc.)

### 6.3 Justificatifs sur les personnes assurées (assurance familiale)

- Copies de la carte ID des enfants mineurs
- Copie de l'attestation de domicile chez les enfants majeurs et/ou conjoint/-e (seulement des documents récemment établis)
- Justificatifs sur le degré de parenté, si le nom de famille n'est pas identique

J'autorise Europ Assistance Suisse et la Vaudoise à vérifier et à traiter mes données pour justifier mes prétentions. À cet effet, je délègue les médecins du secret médical et j'autorise les tiers tels que les agences de voyage, compagnies de transport etc., à fournir des renseignements supplémentaires. Europ Assistance est en outre autorisée à consulter des documents officiels et à collecter des renseignements pertinents auprès des autorités et de tiers.

Le cas échéant, les données seront communiquées à des tiers impliqués en Suisse ou à l'étranger, en particulier aux coassureurs et aux réassureurs, à des fins de traitement. Cependant, mon autorisation n'oblige pas la compagnie à verser une quelconque prestation. Europ Assistance s'engage à traiter les informations collectées conformément à la loi sur la protection des données.

Je confirme que les renseignements fournis sont conformes à la vérité et complets. De plus je prends également connaissance de la perte de mes droits à une prestation d'assurance si mes déclarations sont mensongères, incomplètes ou contradictoires.

Lieu, Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_