



C^{IE} D'ASSURANCE



CONTRAT N°

Preneur d'assurance

nom	<input type="text"/>	né(e) le	<input type="text"/>	état civil	<input type="text"/>
prénom	<input type="text"/>	compte postal/bancaire	<input type="text"/>		
profession/activités	<input type="text"/>	banque/filiale à	<input type="text"/>		
rue	<input type="text"/>	International Bank Account Number (N° IBAN)	<input type="text"/>		
NP/localité	<input type="text"/>	êtes-vous soumis à la TVA ?	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	
<input type="radio"/> privé	<input type="text"/>	n° TVA	<input type="text"/>		
<input type="radio"/> prof.	<input type="text"/>				

Renseignements concernant le voyage

but du voyage	<input type="text"/>	départ le	<input type="text"/>
		retour prévu le	<input type="text"/>

Événement de sinistre

lieu	<input type="text"/>	pays	<input type="text"/>
			<input type="text"/>
			<input type="text"/>
Une constatation officielle a-t-elle eu lieu ? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			
par qui ?			
<input type="text"/>			

Circonstances (à remplir même si un rapport de police a été établi)



Mesures immédiates

avez-vous pris contact avec la compagnie d'assurance ?

oui, le non

Personnes accompagnantes

A

nom, prénom	<input type="text"/>	<input type="radio"/> privé	<input type="text"/>
né(e) le	<input type="text"/>	<input type="radio"/> prof.	<input type="text"/>
NP/localité	<input type="text"/>		<input type="text"/>





Personnes accompagnantes (suite)

B  nom, prénom  privé 
 né(e) le  prof. 
 NP/localité  fax 

C  nom, prénom  privé 
 né(e) le  prof. 
 NP/localité  fax 

D  nom, prénom  privé 
 né(e) le  prof. 
 NP/localité  fax 

Autre assurances

existe-t-il d'autres assurances couvrant ce sinistre? oui non

livret d'assistance  société/n° de police ass. de frais d'annulation  société/n° de police

casco intégrale/partielle ass. accident/maladie

autre autre

Frais

 prière de joindre les originaux des factures

nature des dépenses	monnaie	montant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Pièces jointes

confirmation de l'enregistrement du voyage procès verbal de l'accident
 rapport de police attestation du médecin / acte de décès
 décompte d'annulation facture de réparation



La personne soussignée autorise la compagnie d'assurance à prendre connaissance des documents officiels et médicaux ainsi que des documents de l'assureur LAA. Elle autorise en outre la compagnie d'assurance à transmettre et à demander à des tiers, notamment aux assureurs également concernés, toutes les données nécessaires au règlement du sinistre.

.....
Lieu et date

.....
Signature du preneur d'assurance





merci !

Ce formulaire doit impérativement comporter des signatures légales.

Nous vous invitons ainsi à l'imprimer, le signer, et nous le retourner par courrier ou encore à l'imprimer, le signer, le scanner et nous le renvoyer par email.

AREAS SA
Rue Plantamour 16
Case postale 41
1211 Genève 21
info@areas.ch

vos commentaires

Empty dotted-line box for comments.



imprimer maintenant

