



**DECLARATION DE SINISTRE**

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

**1. Type d'assurance**

- Assurance *perte de cotisation*
- Assurance *annulation de participation à un événement*

**2. Indications sur la personne assurée**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

N° de tél. privé : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

**3. CCP ou coordonnées bancaires**

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

IBAN: \_\_\_\_\_

**4. 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

**5. Indications sur la raison de l'annulation**

- Raison de l'annulation:  Maladie/accident/décès
- Autre: \_\_\_\_\_

À quelle date le sinistre est-il survenu ? \_\_\_\_\_

Veuillez nous préciser en un petit résumé la situation:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Quels dommages avez-vous subis? Veuillez énumérer les frais occasionnés :

Date	Prestation (annulée/non utilisée)	Montant en CHF

#### 6. Documentation et justification

Veuillez nous envoyer les documents suivants :

- Preuve (certificat ou questionnaire médical, acte de décès)
- Réservation ou paiement - uniquement pour la participation à un événement
- Preuve de l'annulation ou no-show - uniquement pour la participation à un événement

J'autorise Europ Assistance (Suisse) SA 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 (Suisse) SA sont en outre autorisées à consulter des documents officiels et à collecter des renseignements pertinents auprès des autorités, des assureurs sociaux et privés 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 (Suisse) SA et l'ASGI s'engagent 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: \_\_\_\_\_

Prière de remplir ce formulaire et de l'envoyer avec tous les documents à

**Madame India Monnier**

Mail : [i.monnier@asgi.ch](mailto:i.monnier@asgi.ch)

Ou par poste :

Adresse : **Association Suisse des Golfeurs Indépendants  
(ASGI)**

**Chemin de Cloalet 18 – CH 1023 Crissier**

## Questionnaire médical

Ce questionnaire doit être remis et rempli par votre médecin traitant en cas d'annulation pour maladie, accident :

Nom/prénom de la personne assurée \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

Nom/prénom du patient \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

1. a) Diagnostic \_\_\_\_\_

b) Date du diagnostic \_\_\_\_\_

• En cas d'accident, date de l'accident : \_\_\_\_\_

c) A quel moment, le patient vous a-t-il informé de son inscription de jouer au golf ? \_\_\_\_\_

d) A compter de quelle date le patient était-il en incapacité de jouer au golf ? \_\_\_\_\_

e) Incapacité de jouer au golf du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

f) A quelle date le patient a-t-il été informé de son incapacité à de jouer au golf ? \_\_\_\_\_

g) Au moment de l'inscription, le patient était-il en mesure de jouer au golf ? Oui  Non

2. a) Une pathologie préexistence était-elle déjà présente? Oui  Non

Si oui, comment s'est développé celle-ci? \_\_\_\_\_

b) Une aggravation grave et inattendue est-elle survenue? Oui  Non

3. Maladie ou accident d'une personne ne participant pas au voyage

a) Quand était-il perceptible pour la première fois que la présence de la personne assurée était nécessaire, au vu de l'état de santé du patient ? \_\_\_\_\_

**Lieu, date**      **Signature et timbre du médecin**

Par ma signature, je confirme l'exactitude et l'exhaustivité des informations concernant le patient susmentionné.

