

Déclaration de sinistre

Assurance achats



1. Informations sur le titulaire de la carte

Numéro de la carte : _____ XXXX XXXX _____

Nom _____ Prénom _____

Rue/n° _____ NPA _____ Localité _____

Numéro de tél. portable _____ E-mail _____

Date de naissance _____

2. Informations bancaires pour le remboursement

Titulaire du compte (nom, prénom, adresse) _____

Compte bancaire (IBAN) _____

3. Autre assurance

Possédez-vous une autre assurance achats ? Oui Non

Si oui, auprès de quel assureur ? _____ Numéro de police _____

4. Informations concernant l'objet acheté

a) Avez-vous payé 100% de l'objet avec votre carte prépayée Mastercard Life ShopProtect? Oui Non

b) Date d'achat _____

c) Objet acheté _____

d) Marque/fabriquant _____

e) Modèle/couleur/taille _____

f) Nom/adresse du point de vente _____

g) Prix en CHF _____

h) L'objet a été Détruit Volé Endommagé

i) Date du sinistre _____

j) Veuillez décrire le sinistre de manière détaillée :

5. Documents et justificatifs obligatoires

- Preuve de paiement de l'objet avec la carte prépayée Mastercard Life ShopProtect**
- Copie du justificatif d'achat ou confirmation de commande
- En cas de détérioration/endommagement : photos de l'objet endommagé
- En cas de vol : rapport de police
- Facture de réparation ou confirmation du dommage total
- Décision du vendeur concernant la demande de remboursement

Déclaration

Je confirme l'exactitude et l'intégralité des informations fournies ci-dessus. Je prends note que je peux perdre mon droit à la prestation d'assurance si mes informations sont inexactes, incomplètes ou contradictoires, même si cela n'occasionne pas de préjudice à l'assureur. J'accepte qu'Europ Assistance (Suisse) Assurances SA se renseigne auprès des organisateurs de voyages, des intermédiaires, des sociétés de transport, de Swiss Bankers Prepaid Services SA et de sociétés mandatées par Swiss Bankers Prepaid Services SA, des autorités (police, tribunaux, etc.), d'autres assureurs et de toute autre partie concernée. Je libère ces établissements de toute obligation de confidentialité à leur égard. Je confirme avoir reçu, compris et accepté les conditions générales d'assurance (CGA).

Décharge de la confidentialité

J'autorise Europ Assistance (Suisse) Assurances SA à vérifier et à traiter les données me concernant nécessaires pour évaluer l'obligation de fournir des prestations et pour traiter le sinistre que j'ai déclaré. Cela inclut notamment les investigations médicales auprès des médecins, hôpitaux, etc., dans le cadre desquelles je libère expressément les médecins et le personnel médical de leur devoir de confidentialité. Si nécessaire, les données seront transmises à des tiers concernés en Suisse et à l'étranger, notamment aux co-assureurs, réassureurs et autres parties impliquées dans le traitement du sinistre.

Des informations détaillées sur le traitement des données personnelles sont disponibles à l'adresse suivante :

www.europ-assistance.ch/ch-fr/declaration-de-confidentialite

Libération du secret bancaire

Les assurés acceptent que le preneur d'assurance ou Europ Assistance (Suisse) Assurances SA fasse appel à des tiers pour l'exécution de leurs missions. Le titulaire de la carte assurée accepte que Europ Assistance (Suisse) Assurances SA puisse vérifier auprès du preneur d'assurance si le détenteur de la carte assurée possédait un contrat de carte assurée valide à la date du sinistre. Le titulaire de la carte autorise le preneur d'assurance à fournir ces informations à Europ Assistance (Suisse) Assurances SA. En ce sens, les assurés libèrent ces instances de toute obligation de secret bancaire et d'affaires.

Lieu, date

Signature du titulaire de la carte
