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 qui précèdent. Je prends note du fait que je peux perdre le droit à la prestation d'assurance si mes données sont inexactes, incomplètes ou contradictoires, même si cela ne porte pas préjudice à l'assureur. J'accepte que Redion (Suisse) Assurances SA se renseigne et consulte les documents auprès d'organisateurs de voyages et d'intermédiaires, auprès de sociétés de transport, auprès de Swiss Bankers Prepaid Services SA et de sociétés mandatées par Swiss Bankers Prepaid Services SA, auprès des autorités (police, tribunaux etc.) et d'autres assureurs, etc. et je libère les établissements précités de leur devoir de confidentialité contractuelle.
Je confirme avoir reçu, compris et accepté les conditions générales d'assurance (CGA).

Autorisation de collecte d'informations et levée du secret professionnel

J'autorise Redion (Suisse) Assurances SA à recueillir, vérifier et traiter les données me concernant qui sont nécessaires à l'évaluation de mon droit aux prestations et au traitement du sinistre que j'ai déclaré.

À cette fin, j'autorise les médecins, hôpitaux, autres professionnels de santé ainsi que les tiers concernés (notamment les agences de voyage, entreprises de transport, autorités et autres organismes impliqués dans le traitement du sinistre) à transmettre à Redion (Suisse) Assurances SA les informations nécessaires à l'instruction de mon dossier. Je relève les médecins et autres professionnels de santé concernés de leur obligation de secret professionnel dans cette mesure.

Lorsque cela est nécessaire au traitement du sinistre, les données peuvent être communiquées à des tiers impliqués dans sa gestion, en Suisse ou à l'étranger, en particulier aux co-assureurs et réassureurs.

Des informations détaillées relatives au traitement des données sont disponibles à l'adresse suivante :

www.redion.com/ch-fr/notice-de-traitement-des-donnees-personnelles/

Libération du secret bancaire

Les assurés acceptent que le preneur d'assurance ou Redion (Suisse) Assurances SA fasse appel à des tiers pour l'exécution de leurs missions. Le titulaire de la carte assurée accepte que Redion (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 Redion (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