|  |
| --- |
| **Formulaire de déclaration de sinistre**Références de la Police: 14 303 941Assureur: Rte de Chêne 5 – 1207 Genève AXA ASSURANCE  |

Ce formulaire de déclaration de sinistre dûment renseigné doit être envoyé à l’adresse qui suit:

GMT&S, Ch. De Beau-Soleil 26, 1206 Genève (Téléphone : +41 22 792 38 03)
E-Mail : contact@gmt-s.com

Après la survenance d'un sinistre, l'assureur peut vous demander de fournir tous les renseignements nécessaires pour déterminer l'événement assuré ou l'étendue de l'obligation de verser les prestations.

**Franchise**

Les sinistres dont le montant est inférieur à CHF 20‘000. -- (Franchise) ne sont pas couverts par cette police d’assurance.

**IMPORTANT**

Une réponse d'une négligence grave ou intentionnellement erronée ou omise aux questions ci-dessous peut entraîner une réduction totale ou partielle des prestations d'assurance.

|  |  |
| --- | --- |
| **GMT&S Help/Specialist** |  |
| Nom |       |  Prénom |       |
| Rue + No. |       |  Téléphone |       |
| Code postal + Ville |       |  E-Mail |       |
|  |  |  |  |
| **Date/Heure et lieu du sinistre** |
| Date et Heure |       |
| Rue, Code postal + Ville |       |
|  |  |
| **Information sur le tiers**  |
| Nom |       |  Prénom |       |
| Rue + No. |       |  Téléphone |       |
| Code postal + Ville |       |  E-Mail |       |
|  |  |
| **Accident-/Sinistre-/Description de l’accident** |
|       |
|  |
|  |
| **Témoins de l’incident**(Nom, Addresse, Téléphone) |       |
|  |  |  |
| **Constatation des faits par les autorités publique** |  |  |
| **Avis quant à l’origine de la faute** | Raison/Justification: |
| [ ]  Equipement défectueux |       |
| [ ]  Faute d’un Mila Friend/Pro |       |
| [ ]  Faute de la victime ou d’un tiers  |       |
|  |  |
| **Dommages matériels** |
| Quel bien a été endommagé  |       |
| Estimation du montant du préjudice |       |
| Où le bien peut-il être inspecté  |       |
|  |  |
| **Préjudice corporel** |
| Type de blessure |       |
| Estimation du préjudice |       |
| Couverture Santé/Assurance accidents |       |
| Médecin en charge (Merci de fournir l’adresse) |       |
| **Assurance privée/ou Assurance de responsabilité civile** |
| Assureur |       |
| Références de la police |       |
|  |  |
| L’assuré ne peut accepter de demandes d’indemnisation sans le consentement d’AXA. Il autorise AXA à examiner les dossiers et à obtenir des informations auprès des médecins. Il accepte également qu'AXA transmette à des tiers les données nécessaires au règlement de la réclamation, exemple : d’autres assureurs / coassureurs et d’obtenir des informations similaires de leur part. |
| Lieu et date | Signature(s) de l’assuré |