|  |
| --- |
| **Formulaire de déclaration de sinistre**  Références de la Police: 14 303 941 Assureur: 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](mailto: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 | | | | |