

## Déclaration de sinistre – Casco smartphone et tablette

### 1. Informations sur le titulaire de la carte

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
Rue/n° \_\_\_\_\_ NPA \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
N° tél. portable \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_

### 2. Informations bancaires pour le remboursement

Compte bancaire ou postal (IBAN) \_\_\_\_\_  
Nom de la banque \_\_\_\_\_ NPA \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
Titulaire du compte (nom, prénom, adresse) \_\_\_\_\_

### 3. Double assurance

Êtes-vous assuré auprès d'une autre compagnie pour ce type de couverture ? Oui  Non   
Si oui, auprès de quelle compagnie? \_\_\_\_\_ Numéro de police: \_\_\_\_\_

### 4. Informations sur le sinistre

a) Avez-vous payé 100% de votre smartphone/tablette avec votre carte BCJ ? Oui  Non

b) Que s'est-il passé avec votre smartphone/tablette?

- Chute                                       Humidité                                       Tension élevée  
 Vol     Température extrême

c) Brève description du sinistre :

---

---

---

## 5. Montant du dommage

- Frais de réparation (en CHF) : \_\_\_\_\_  
ou  
 Frais de remplacement (en CHF) : \_\_\_\_\_

## 6. Justificatifs obligatoires

- Copie de la quittance d'achat de l'objet avec indication de la date d'achat
- Preuve de paiement de l'objet avec la carte BCJ
- En cas de **vol** : rapport de police / dépôt de plainte
- En cas de **réparation** : copie de la facture des réparations
- Tout justificatif servant à prouver la survenance du sinistre

### 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 qu'Europ Assistance (Suisse) SA se renseigne et consulte les documents nécessaires à la résolution du sinistre auprès d'intermédiaires, auprès de sociétés de transport, auprès de la Banque Cantonale du Jura, auprès des autorités (police, tribunaux etc.) et d'autres assureurs, etc. et je libère les établissements précités de leur devoir de confidentialité contractuelle.

### Décharge de la confidentialité

Afin que ma demande soit traitée, j'autorise Europ Assistance (Suisse) Assurances SA à vérifier et à traiter les données me concernant qui sont nécessaires pour évaluer l'obligation de fournir des prestations et pour traiter le sinistre que j'ai déclaré. Cela s'applique notamment aux investigations auprès de prestataires dans le cadre desquelles je les libère de leur devoir de confidentialité.

Si nécessaire, les données seront transmises à des tiers concernés en Suisse et à l'étranger, en particulier aux co-assureurs et réassureurs, en vue de leur traitement.

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

[www.europ-assistance.ch/ch-fr/declaration-de-confidentialite](http://www.europ-assistance.ch/ch-fr/declaration-de-confidentialite)

### Libération du secret bancaire

Les personnes assurées acceptent que le preneur d'assurance ou Europ Assistance fassent appel à des tiers pour l'exécution de leurs missions. Le détenteur de la carte assurée est notamment d'accord pour que Europ Assistance puisse vérifier auprès du preneur d'assurance si le détenteur de la carte assurée possédait un contrat de carte assurée valable avec le preneur d'assurance à la date du sinistre. Le titulaire de la carte assurée autorise le preneur d'assurance à fournir ces renseignements à Europ Assistance. En ce sens, les personnes assurées libèrent ces instances du secret bancaire et d'affaires.

Lieu, date

Signature du titulaire de la carte

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_