



TCS Livret Protection Urgence

Déclaration de sinistre

Transport d'urgence

Couverture mobilité

Veillez cocher la case concernée

TAS Assurances SA
Ch. de Blandonnet 4
Case Postale 820
1214 Vernier

Tél. : +41 58 827 63 93
livret.urgence@tcs.ch
www.tcs.ch

N° bénéficiaire (personne blessée ou malade) :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Afin de pouvoir fournir une prestation d'assurance il nous est nécessaire de connaître quelques données importantes.
Veillez remplir avec précision toutes les rubriques de la présente déclaration et **annexer les documents mentionnés sous chiffre 4.**

1. Données personnelles du titulaire

Nom : Tél. prof. :
Prénom : Tél. mobile :
Rue, n° : E-mail :
NPA, localité : Désirez-vous que le traitement du sinistre se fasse par e-mail ?
Tél. privé : Oui Non

Coordonnées bancaires ou postales

Nom et prénom du titulaire du compte : IBAN bancaire ou postale :
.....

2. Données personnelles du bénéficiaire (personne blessée ou malade)

Nom : Rue, n° :
Prénom : NPA, localité :
Bénéficiaire du même produit : Oui Non Année de naissance :
Si oui : Lien de parenté IBAN bancaire ou postale :
Si Non : N° du bénéficiaire (personne blessée ou malade) Nom, adresse et n° de police d'assurance accident/maladie
du bénéficiaire (personne blessée ou malade) :
.....
.....
.....

3. Description de l'événement

.....
.....
.....
.....

4. Documents requis pour le traitement de demande d'indemnisation

Attestation de résidence pour toutes les personnes vivant en ménage commun avec le titulaire (enfants majeurs, partenaires de vie)

Les documents suivants sont considérés comme attestation de ménage commun (si elles sont récentes) par exemple:

- une copie d'une pièce d'identité avec l'adresse exacte
- une copie de la première page de la déclaration d'impôt
- une copie de la première page de l'assurance accident/maladie du bénéficiaire (personne blessée ou malade)

4.1 Transport d'urgence

Décision/décompte de l'assurance accident/maladie du bénéficiaire (personne blessée ou malade)

Certificat médical ou lettre de sortie d'hospitalisation/rapport de l'hôpital

4.2 Couverture mobilité

Quittances des trajets

Décision/décompte de l'assurance accident/maladie du bénéficiaire (personne blessée ou malade)

4.3 Récapitulatif des frais

Transport d'urgence

Date :	Montant facturé :	Prise en charge assurance :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Couverture mobilité

Date :	Moyen de transport :	Lieu de départ et d'arrivée :	Montant facturé :	Prise en charge assurance :
.....

Motif du déplacement:

Date :	Moyen de transport :	Lieu de départ et d'arrivée :	Montant facturé :	Prise en charge assurance :
.....

Motif du déplacement:

Date :	Moyen de transport :	Lieu de départ et d'arrivée :	Montant facturé :	Prise en charge assurance :
.....

Motif du déplacement:

Date :	Moyen de transport :	Lieu de départ et d'arrivée :	Montant facturé :	Prise en charge assurance :
.....

Motif du déplacement:

Date :	Moyen de transport :	Lieu de départ et d'arrivée :	Montant facturé :	Prise en charge assurance :
.....

Motif du déplacement:

Date :	Moyen de transport :	Lieu de départ et d'arrivée :	Montant facturé :	Prise en charge assurance :
.....

Motif du déplacement:

Date :	Moyen de transport :	Lieu de départ et d'arrivée :	Montant facturé :	Prise en charge assurance :
.....

Motif du déplacement:

5. Confirmation et procuration

Le soussigné autorise TCS ou TAS Assurances SA, le cas échéant, à prendre d'autres renseignements auprès de tiers au sujet du règlement des sinistres.

Si le bénéficiaire peut faire valoir contre des tiers des prétentions correspondant à des prestations fournies par le TCS, respectivement TAS Assurances SA, le bénéficiaire cède ses prétentions à ces dernières.

Le soussigné confirme que les informations fournies dans ce formulaire sont complètes et conformes à la vérité et prend acte que des informations intentionnellement fausses ou incomplètes libèrent TAS Assurances SA de l'obligation de prestations après la survenance du sinistre.

Lieu et date : Signature du bénéficiaire :