

## Protection juridique du patient

Protekta Assurance de protection juridique SA  
Bundesgasse 68, Case postale, 3001 Berne  
Tél. 031 389 85 00, e-mail schaden@protekta.ch

**N° de partenaire CONCORDIA**  
(à mentionner dans toute correspondance)

### Que faire en cas de sinistre?

**Important!**

En cas de sinistre ou de litige, veuillez informer immédiatement Protekta.

**Avocat**

Recours à un avocat uniquement après accord de Protekta

### 1. Indications relatives au preneur d'assurance (uniquement les assurés DIVERSA<sup>care</sup> et DIVERSA<sup>premium</sup> de CONCORDIA)

Prénom	Nom
Société	
Adresse	NPA/Lieu
Tél. privé	Tél. prof.
Téléphone portable	
Fax	E-mail

### 2. Indications relatives au sinistre ou au litige

Personne lésée \_\_\_\_\_

Lieu du sinistre/du litige \_\_\_\_\_

Date du sinistre/du litige \_\_\_\_\_

Description des faits \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Pour les litiges: prière de joindre une copie du contrat et de la correspondance y relative*



---

**3. Indications relatives à la partie adverse/au prestataire**

Prénom	Nom
Société	
Adresse	NPA/Lieu
Tél. privé	Tél. prof.
Téléphone portable	
Fax	E-mail

---

**4. Témoins du sinistre, du différent ou autre moyen de preuve**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**5. Dommage propre** (S'il ne vous est pas possible de fournir des indications précises, veuillez indiquer qu'il s'agit d'indications présumées.)

a) Lésions corporelles

b) Dommage matériel

c) Autre dommage

---

**6. Déclaration de consentement**

J'accepte par la présente que Protekta Assurance de protection juridique SA informe CONCORDIA Assurances SA sur le sinistre déclaré et lui communique les données (entre autres les données personnelles particulièrement sensibles) qui lui sont nécessaires pour le traitement du cas (notamment dans le but éventuel d'effectuer une demande de remboursement auprès du prestataire).

Remarques ou indications complémentaires

---

---

---

---

---

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

---

Veuillez renvoyer ce formulaire par courrier postal ou par courrier électronique à:  
Protekta Assurance de protection juridique SA  
Bundesgasse 68, Case postale, 3001 Berne  
Tél. 031 389 85 00, e-mail schaden@protekta.ch