

IDENTIFICATION

N° de POLICE + N° de Certificat: _____

Date du sinistre: _____

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et prénom: _____

Adresse complète: _____

Pays: _____

Téléphone privé / professionnel: _____

E-mail: _____

Y a-t-il une couverture similaire auprès d'une autre compagnie? Non, Oui, compagnie + N° de police: _____

Avez-vous déclaré ce sinistre également à cette compagnie? Non, Oui

ASSURE ET DONNEES DU VOYAGE

Nom et prénom: _____

Adresse complète: _____

Pays de domicile: _____

Téléphone privé / professionnel: _____

E-mail: _____

Date de naissance: _____

Relation avec le preneur d'assurance _____

Départ le: ____ / ____ / ____ de: _____ à destination: _____

Retour le: ____ / ____ / ____ de: _____ à destination: _____

Nature du voyage: Privé Professionnel Extension privée à un voyage professionnel

Nombre de voyageurs: _____ relation avec l'assuré / le preneur d'assurance: _____

REMBOURSEMENT (cfr. conditions de la police)

Preneur d'assurance Assuré Autre : description: _____

Compte bancaire sur lequel le remboursement des frais devra être effectué : N° IBAN: _____ - _____ - _____

BIC: _____

Coordonnées du titulaire de ce compte et qualité : _____

Le soussigné déclare avoir répondu aux questions de manière correcte et que toutes les informations données sont exactes.

Le soussigné confirme également qu'aucune information liée au sinistre et aux circonstances qui l'ont causé n'a été omise.

Date: _____

Signature: _____

RETARD DE VOL / RETARD DE BAGAGES

Attestation des autorités compétentes avec indication claire du délai de retard (property irregularity report)

BAGAGES / EFFETS PERSONNELS

- Description détaillée des circonstances : compléter sur relevé SVP
- Attestation de perte définitive des bagages
- Détail de l'indemnité reçue du transporteur
- Procès-verbal de déclaration auprès des autorités locales
- Devis / facture de réparation (en cas d'endommagement)
- Relevé des bagages avec preuves d'achat si disponible, dûment complété

FRAIS MEDICAUX

- Certificat médical
- Intervention de la mutuelle
- Factures et notes de frais médicales
- Relevé des frais médicaux avec justificatifs, dûment complété

ANNULATION / INTERRUPTION DE VOYAGE

Agence de voyages:

Adresse complète:

Téléphone / Fax:

E-mail:

Date de réservation: / / Numéro de réservation:

Date d'annulation / interruption: / / Montant total du voyage: Frais d'annulation:

Nombre de personnes qui annulent:

Montant déjà payé: Montant remboursé par agence de voyages ou autre:

Copie bon de réservation / facture: Facture originale d'annulation:

- Maladie —> Certificat médical
- Accident —> Certificat médical
- Décès —> Certificat médical + extrait du registre de décès
- Autres: description —> Documents officiels qui justifient l'annulation / l'interruption

Données personnelles

Les données à caractère personnel (ci-après les « Données »), communiquées à AIG Europe Limited, Succursale de Belgique (ci-après « AIG ») sont traitées en conformité avec la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. Les Données seront traitées dans le but d'assurer la bonne gestion et l'utilisation optimale des services fournis par AIG y compris l'évaluation des risques, la gestion des contrats, des sinistres et la prévention de crimes, comme la fraude ainsi qu'afin de permettre à AIG de se conformer à toutes ses obligations légales. Afin de réaliser ces objectifs, AIG peut être amené à communiquer les Données à d'autres sociétés du groupe auquel AIG appartient, à des sous-traitants ou des partenaires. Ces sociétés, sous-traitants ou partenaires peuvent être situés dans des pays en dehors de l'Espace Economique Européen qui n'offrent pas nécessairement le même niveau de protection que la Belgique. AIG prendra des mesures de précaution afin d'assurer la sécurité des Données.

Sauf opposition de la part de la personne concernée, les Données peuvent être utilisées à des fins de marketing.

Conformément à la loi, AIG réserve un droit d'accès, de modification ou d'opposition (en cas de motif légitime) au traitement effectué avec les Données.

Pour faire usage de ces droits, chaque personne concernée peut contacter AIG par écrit à l'adresse Blvd. de la Plaine 11, 1050 Bruxelles.

Pour autant que de besoin, la personne concernée donne par la présente son consentement au traitement et communication dans les limites et dans les conditions décrites ci-avant et particulièrement en ce qui concerne les données relative à sa santé. Vous trouvez la liste complète et, de manière plus générale, la Politique relative à la protection de la vie privée complète de l'Assureur sur www.aig.be/be-privacy-policy.

IDENTIFICATION

N° de POLICE + N° de Certificat: _____

Date du sinistre: _____

CIRCONSTANCES

RELEVÉ

Numéro d'annexe + description	Date	Devise	Montant	Taux de change	€uro
1	_____	_____	_____	_____	_____
2	_____	_____	_____	_____	_____
3	_____	_____	_____	_____	_____
4	_____	_____	_____	_____	_____
5	_____	_____	_____	_____	_____
6	_____	_____	_____	_____	_____
7	_____	_____	_____	_____	_____
8	_____	_____	_____	_____	_____
9	_____	_____	_____	_____	_____
10	_____	_____	_____	_____	_____

Numéroté et joindre les justificatifs SVP Sous-total _____
Intervention mutuelle / transporteur / compagnie aérienne / autre assurance ... Déduction _____

Joindre les justificatifs SVP Total _____

Le soussigné déclare que les informations données ci-dessus sont complètes, correctes et exclusivement liées au sinistre et que les frais n'ont pas été déclarés auprès d'une autre compagnie. Par la présente, le soussigné autorise la compagnie à récupérer les frais auprès d'un tiers responsable.

Date: _____ Signature: _____

