

Formulaire de déclaration Assurance voyage et annulation

Important:

- Répondez de façon aussi complète que possible aux questions applicables à votre situation, de façon à éviter les retards dans le traitement du sinistre.
- Nous préférons recevoir votre déclaration (avec justificatifs) par e-mail. Veuillez cependant garder les documents originaux, car ceux-ci peuvent être demandés dans le cadre d'une vérification. Vous pouvez également envoyer votre déclaration par la poste.
- Joignez toujours directement les éventuels actes, déclarations et autres justificatifs.
- Remplissez lisiblement le formulaire, en caractères d'imprimerie.
- Après avoir rempli le formulaire, veillez à le signer. Les formulaires non signés ne sont pas traités.
- Renvoyez ce formulaire dès que possible après le sinistre, mais au plus tard dans le délai mentionné dans les conditions générales.

Type de sinistre:*

- Accident (remplir sections A and B)
- Maladie (remplir section A)
- Frais exceptionnels (remplir section C)
- Perte/détérioration de bagages (remplir section D)
- Incidents de voyage (remplir section E)
- Annulation (remplir section F)
- Responsabilité civile (remplir section G)
- Assistance juridique (remplir section G)

* Cochez la case correspondante.

Numéro de police:**Assuré :**

Nom Prénom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Rue et numéro:	
Code postal et ville:	
Date de naissance:	
Téléphone Domicile:	Portable:
E-mail:	
Compte bancaire/ IBAN:	
SWIFT/BIC code de la banque:	

Nous utilisons les informations personnelles que vous nous transmettez [ou, le cas échéant, que vous transmettez à votre courtier d'assurance] pour la souscription et la gestion de polices d'assurance, ainsi que la gestion de sinistres et toutes autres finalités liées à l'assurance, telles que décrites en détails dans notre Politique de confidentialité principale, disponible au lien suivant: www2.chubb.com/benelux-fr/footer/privacy-policy.aspx. Vous pouvez nous demander une copie papier de la Politique de confidentialité à tout moment, en nous contactant par email dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896.176.662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374. Chubb European Group SE, succursale en Belgique, Chaussée de la Hulpe 166, 1170 Bruxelles, numéro d'entreprise BE0867.068.548. En Belgique, elle est soumise au contrôle des règles de conduite de l'Autorité des Services et Marchés Financiers (FSMA). Code NBB/BNB 2312. Citibank (Euro-account) 570-1218055-84, IBAN: BE03570121805584, BIC: CITIBEBX.

Bénéficiaire : (qui a subi le dommage)

Nom et initiale(s):		
Adresse (pour correspondance):		
Ville:		
Date de naissance:		
Téléphone	Domicile:	Portable:

Voyage :

Date de début:		Date de fin:	
Voyage privé	du:	au:	
Voyage d'affaire	du:	au:	

A. Informations sur la maladie et/ou l'accident :

A1 **A quelle date les premiers soins médicaux ont-ils été fournis? Date (jj-mm-aaaa):**
 Nom du prestataire:
 Quels sont les symptômes de la victime?
 Quel est le diagnostic (si déjà déterminé)?

A2 **L'assuré est-il toujours sous traitement?** Oui Non
 Si oui, indiquez le nom et l'adresse du médecin traitant:

A3 **L'assuré a-t-il été dirigé vers un spécialiste?** Oui Non
 Si oui, quand et quel spécialiste?

A4 **L'assuré a-t-il déjà souffert des mêmes symptômes?** Oui Non
 Si oui, quels symptômes et quand?

A5 **L'assuré est-il décédé suite à l'accident?** Oui Non

A6 **Nom de votre Mutuelle Santé. N° de contrat?**

B. A remplir après un accident :

B1 **Date de l'accident (dd-mm-yyyy):** **Heure(h:m):**

B2 **Ville et rue de l'accident:**
 Situation exacte:

B3 **Accident causé par:** L'assuré Inconnu Tiers

Nom du tiers:

Adresse du tiers:

Téléphone:

B4 **Avez-vous signalé l'accident?*** (*Si oui, joignez le rapport) Oui Non

B5 **Description de la cause de l'accident** (décrivez la cause, et si nécessaire, incluez un schéma de la scène d'accident/ explication sur une feuille séparée)

**Soumettez d'abord vos factures à votre sécurité sociale ou à tout autre organisme santé (Mutuelle).
Mentionnez vos frais médicaux ci-dessous afin de garantir une gestion rapide du dossier.**

Description	Nom du médecin/ pharmacien*	Date	Montant en devise	Montant en euro	Remboursement de la Sécurité Sociale
				€	
				€	
				€	
				€	
				€	
				€	

* Joignez les factures de tous les frais engagés ou le bordereau de votre sécurité sociale ou Mutuelle.

C. Informations sur la prestation de soins et/ou frais exceptionnels*

C1 **En quoi consistent ces frais?**

C2 **Pourquoi avez-vous dû engager ces frais?**

*La nécessité doit être démontrée au moyen d'un certificat médical.

D. Informations sur la perte/détérioration de bagages

Objet	Acheté à*	Date	Prix	Domage/ coût de réparation (estimation)*
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€

* Joignez les factures/ tickets et/ou autres preuves de paiement.

Les articles ci-dessus appartiennent-ils à l'assuré? Oui Non

Les articles endommagés peuvent-ils être réparés? Oui Non

Si non, pourquoi?

D2 **Où sont les articles endommagés?**

D3 **Où et quand peut-on évaluer les dommages?**

D4 **Les bagages sont-ils assurés ailleurs?** Oui Non

Avez-vous signalé le dommage à cette entreprise ou comptez-vous le faire?

D5 **Plus amples explications**

E. Informations sur les inconvénients de voyage

E1 Quand et où le dommage a-t-il eu lieu? Quand le retard a-t-il eu lieu, et où avez-vous manqué votre correspondance?

E2 Le dommage impliquait-il un vol régulier? Oui Non

Nom de la compagnie aérienne:

Dans le cas de perte/retard de bagages, répondez également à la question suivante:

E3 **Description des circonstances qui ont causé la perte/le retard.**

E4 **A quelle date et à quelle heure avez-vous reçu les bagages en retard?***

Date (jj-mm-aaaa):

Heure (h:m):

* Joignez également le bon de livraison indiquant le jour et l'heure

F. Responsabilité civile/Assistance juridique :

F1 **Date à laquelle l'évènement ou le litige a eu lieu**

F2 **Décrivez l'évènement ou le litige pour lequel vous avez besoin d'une assistance juridique**

F3 **Quelles sont les parties impliquées, outre l'assuré?**

nom

Rue et numéro:

Code postal et ville:

F4 **Y a-t-il une preuve écrite?**

Oui Non

Si oui, merci de la joindre

F5 **Quels sont les coûts?**

€

F6 **Si des dommages physiques ont été subis par l'assuré, merci de remplir les informations ci-dessous**

Quelle est la nature de la blessure?

Où l'assuré est-il pris en charge en ce moment?

Les secours ont-ils été appelés immédiatement?

Oui Non

F7 **Si des dommages ont été causés à certains articles, merci de remplir le tableau ci-dessous:**

Objet	Acheté à*	Date	Valeur actuelle	Domage/ Frais de réparation (estimation)*
			€	€
			€	€
			€	€

* Joignez les factures.

F8 **La police ou autre autorité gouvernementale ont-ils établi un procès-verbal*?**

Oui Non

Si oui, quelle autorité : Police, Gendarmerie ou autres?

Quel est le numéro du rapport officiel?

* Si oui, joignez le procès-verbal

F9 **Qui est responsable à votre avis?**

Pourquoi?

F10 **Tenez-vous le tiers comme responsable?***

Oui Non

F11 **Le tiers vous tient-il comme responsable?***

Oui Non

* Si oui, joignez la lettre

CONSENTEMENT EXPLICITE

Nous évaluons attentivement votre demande, et prendrons des mesures, conformément à la pratique habituelle du secteur de l'assurance, pour détecter des demandes frauduleuses. Pour ces raisons, nous pouvons devoir utiliser les informations sur votre santé qui concernent votre demande et le cas échéant, la santé d'autres personnes qui peuvent être assurées par la police, informations que vous nous fournissez. Vous devez vous assurer que toutes les autres personnes dont vous nous fournissez les informations comprennent et ne s'opposent pas à cette utilisation de leurs données, et (lorsque la loi applicable l'impose) consentent à l'utilisation par nous de leurs informations aux fins décrites aux présentes.

Nous n'utiliserons pas ces informations relatives à la santé pour d'autres finalités et nous respecterons à tout moment les termes (y compris les normes de sécurité) mentionnés dans notre Politique de Protection des données. Vous n'êtes pas tenu de nous donner votre consentement et vous pouvez le retirer à tout moment, mais si vous ne nous le donnez pas, ou décidez ultérieurement de le retirer, cette décision peut affecter notre capacité à traiter votre demande d'indemnisation. Veuillez cocher la case ci-dessous pour indiquer votre consentement à notre utilisation de vos informations de santé de cette manière.

Oui

Le soussigné déclare :

- D'avoir, au meilleur de sa connaissance, honnêtement et correctement répondu aux questions ci-dessus, et de ne pas avoir dissimulé de particularités concernant ce sinistre;
- Fournir ce formulaire de déclaration et toutes autres informations à l'assureur afin que celui-ci détermine sa perte exacte et son droit aux indemnités;
- Reconnaître le contenu de ce formulaire.

Date:

Ville:

Signature

Nous utilisons les informations personnelles que vous nous transmettez [ou, le cas échéant, que vous transmettez à votre courtier d'assurance] pour la souscription et la gestion de polices d'assurance, ainsi que la gestion de sinistres et toutes autres finalités liées à l'assurance, telles que décrites en détails dans notre Politique de confidentialité principale, disponible au lien suivant: www2.chubb.com/benlux-fr/footer/privacy-policy.aspx. Vous pouvez nous demander une copie papier de la Politique de confidentialité à tout moment, en nous contactant par email dataprotectionoffice.europe@chubb.com.

Chubb European Group SE, entreprise régie par le Code des assurances, au capital social de 896.176.662 euros, sise La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, immatriculée au RCS de Nanterre sous le numéro 450 327 374. Chubb European Group SE, succursale en Belgique, Chaussée de la Hulpe 166, 1170 Bruxelles, numéro d'entreprise BEO867.068.548. En Belgique, elle est soumise au contrôle des règles de conduite de l'Autorité des Services et Marchés Financiers (FSMA). Code NBB/BNB 2312. Citibank (Euro-account) 570-1218055-84, IBAN: BEO3570121805584, BIC: CITIBEBX.