

# Student Travel

## Formulaire général de Déclaration de Sinistre

### 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.

### A. Général

#### Nature du sinistre:

Frais médicaux (Remplir sections A&B)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
Effets personnels / Bagages (Remplir sections A&C)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
Responsabilité civile (Remplir sections A&D)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
Assistance / Autres frais (Remplir sections A&E)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*

\* Rayez la mention inutile.

<b>Numéro de police:</b>		<b>E-mail:</b>	
<b>Nom et prénom:</b>	Madame/Mademoiselle/Monsieur*		
<b>Adresse de correspondance:</b>			
<b>Code Postal:</b>		<b>Commune:</b>	
<b>Téléphone:</b>		<b>Date de naissance:</b>	
<b>Numéro de compte / IBAN:</b>			
<b>BIC/SWIFT code de la banque:</b>			

\* Rayez la mention inutile.

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](http://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](mailto: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

**B. Frais médicaux**

B1	<b>Le sinistre concerne un(e):</b>	<b>Accident / Maladie*</b> <i>* Rayez la mention inutile.</i>
B2	<b>Quand les premiers symptômes se sont-ils manifestés?</b>	
B3	<b>Circonstances et description des maux (veuillez décrire les symptômes et le diagnostic si déjà connu. Si nécessaire, ajoutez un schéma ou des explications complémentaires au verso du document):</b>	
B4	<b>Etes-vous actuellement encore en traitement?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
B5	<b>En cas d'accident: une invalidité permanente peut-elle en résulter?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non*
B6	<b>Selon vous, le sinistre est-il de la responsabilité de quelqu'un d'autre?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non* <i>* Rayez la mention inutile.</i>

Si oui, Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Pourquoi, selon vous, cette personne serait-elle responsable? \_\_\_\_\_

Où cette personne est-elle assurée? \_\_\_\_\_

Compagnie: \_\_\_\_\_ Numéro de contrat: \_\_\_\_\_

Quelle est la relation entre vous et le responsable? \_\_\_\_\_

Facture N° **	Nom du médecin/ pharmacien	Montant et devises	Montant en euro	Montant remboursé par la Mutuelle (Sécurité Sociale)
1.			€	
2.			€	
3.			€	
4.			€	
5.			€	
6.			€	
7.			€	
8.			€	
9.			€	

\*\* Veuillez envoyer les factures.

<b>Etes-vous assuré par une Mutuelle (Sécurité sociale)?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non***
--	--

\*\*\* Si oui, merci d'envoyer à Chubb les documents justificatifs relatifs à l'intervention (ou la non-intervention) de la Mutuelle.

**C. Effets personnels / Bagages**

C1 **Le sinistre concerne un(e):** **Vol / Perte / Endommagement / Retard de bagages\***  
*\* Rayez la mention inutile.*

C2 **Circonstances et description de la situation (si nécessaire, ajouter un schéma ou des explications complémentaires au verso du document):**

C3 **Etes-vous assuré auprès d'une autre compagnie pour ce dommage?**  Oui  Non\*  
*\* Rayez la mention inutile.*

Si oui, Compagnie:

Numéro de contrat:

Aperçu des objets volés/perdus/endommagés\*\*\*\*:

Objet	Acheté à	Date (jj.mm.aaaa)	Prix	Domage / coût de réparation (estimation)
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€
			€	€

\*\*\*\*Nous vous référons à la fin de ce formulaire pour les documents à joindre à votre déclaration.

**D. Responsabilité civile**

D1 **Description détaillée des circonstances du sinistre:**

D2 **Vous considérez-vous responsable pour ce sinistre?**  Oui  Non\*

D3 **La partie lésée vous a-t-elle envoyé une mise en demeure?**  Oui  Non\*

D4 **Etes-vous assuré auprès d'une autre compagnie pour ce dommage?**  Oui  Non\*  
*\* Rayez la mention inutile.*

Si oui, Compagnie:

Numéro de contrat:

Nous vous référons à la fin de ce formulaire pour les documents à joindre à votre déclaration.

**E. A ne compléter qu'en cas d'Assistance ou de frais autres que ceux repris ailleurs dans le formulaire**

---

E1 **En quoi consistent les frais?**

E2 **Pourquoi ces frais sont-ils nécessaires?**

E3 **Y-a-t-il des justificatifs (s'il y en a, merci de les inclure)?**  Oui  Non\*

E4 **Etes-vous assuré auprès d'une autre compagnie pour ce dommage?**  Oui  Non\*

\* Rayez la mention inutile.

Si oui, Compagnie:

Numéro de contrat:

**Documents à joindre à cette déclaration :**

---

**En cas de frais médicaux:**

- Les factures (du médecin, de l'hôpital, du pharmacien, etc.).
- Les documents médicaux (certificats médicaux, prescriptions, etc.).
- Les décomptes de la Sécurité Sociale (si vous en avez une) mentionnant le remboursement ou le non-remboursement de frais.

**En cas de vol / perte:**

- Tout justificatif permettant d'identifier le bien en question tel que facture ou ticket de caisse.
- En l'absence d'un tel justificatif, le prix d'achat, la date d'achat et le lieu d'achat.
- Une copie du rapport de police / rapport de perte.
- Les titres de transport (en cas de vol / perte pendant un voyage).

**En cas d'endommagement:**

- Tout justificatif permettant d'identifier le bien en question tel que facture ou ticket de caisse.
- En l'absence d'un tel justificatif, le prix d'achat, la date d'achat et le lieu d'achat.
- En cas de réparation, soit le devis ou la facture de réparation, soit l'attestation du vendeur/réparateur précisant la nature des dommages et certifiant que le bien est irréparable.
- La facture de remplacement du bien.

**En cas de retard de bagages:**

- La réservation des billets d'avion.
- Le « Property Irregularity Report » (PIR).
- Les tickets des achats essentiels.

**En cas de responsabilité civile:**

- La mise en demeure.
- Tout autre justificatif du sinistre.

**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

**Déclaration sur l'honneur, le signataire déclare :**

- avoir répondu honnêtement et complètement aux questions mentionnées au présent formulaire et qu'à sa connaissance, il ne possède plus d'autres informations qui pourraient être utiles à la compagnie;
- qu'il remet le présent formulaire et les informations additionnelles à l'assureur afin de lui permettre d'examiner les pertes et dommages subis et d'estimer le droit à et le montant d'indemnisation;
- qu'il a pris connaissance du contenu du présent formulaire;
- de s'engager, si nécessaire, à fournir au médecin-conseil de Chubb European Group SE toutes les informations complémentaires que celui-ci jugera utiles pour autant que cette demande ait trait au sinistre déclaré par le présent formulaire.

---

Date

Lieu

Signature

**Chubb. Insured.<sup>SM</sup>**

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](http://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](mailto: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