

#### 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: N° IBAN: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Intermédiaire / courtier: \_\_\_\_\_

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](http://www.aig.be/be-privacy-policy).

AIG Europe Limited. Société de droit britannique. Numéro de société: 01486260.

Siège social: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londres EC3M 4AB, Royaume Uni.

Compagnie d'assurance autorisée par le UK Prudential Regulation Authority, 20 Moorgate, Londres EC2R 6 DA, Royaume Uni.

Succursale Belge située Boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles, Belgique. RPM Bruxelles - TVA BE 0847.622.919, inscrite à la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 1136. La BNB est située Boulevard de Berlaumont 14 à 1000 Bruxelles.

Veuillez trouver notre Privacy et AssurMifid Policy sur [www.aig.be](http://www.aig.be). | © 2015 AIG Europe Limited - All rights reserved

**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: \_\_\_\_\_

