

Déclaration de sinistre

A renvoyer immédiatement à Allianz Global Assistance
(Les formulaires mal complétés retardent le traitement)

1. Identification de l'assuré (nom indiqué sur la carte)

| | |
|-------------------------|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> |
| Prénom | <input type="text"/> |
| Date de naissance | <input type="text"/> |
| Profession | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> |
| E-mail | <input type="text"/> |
| Tél. (heures de bureau) | <input type="text"/> |

2. Coordonnées bancaires pour le paiement

Le(s) sinistré(s) déclare(nt) être d'accord pour que d'éventuelles indemnisations soient payées à

| | |
|---------------|----------------------|
| Nom et prénom | <input type="text"/> |
| IBAN | <input type="text"/> |
| BIC/SWIFT | <input type="text"/> |

3. Agence de voyage

| | |
|---------|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> |

4. Tour opérateur

| | |
|-------|----------------------|
| Nom | <input type="text"/> |
| N° PO | <input type="text"/> |

5. Dates relatives au voyage

| | |
|---------------------|----------------------|
| Date de réservation | <input type="text"/> |
| Date de départ | <input type="text"/> |
| Date de retour | <input type="text"/> |
| Date d'annulation | <input type="text"/> |

6. Destination

| | |
|----------------------|---|
| Destination | <input type="text"/> |
| Prix total du voyage | <input type="text"/> |
| Déjà payé | avance : montant : <input type="text"/> € date : <input type="text"/> |
| | solde : montant : <input type="text"/> € date : <input type="text"/> |
| Frais d'annulation | <input type="text"/> |

7. Cause de l'annulation/retour anticipé

a. Quelle personne est la cause de l'annulation/retour anticipé ?

Nom et prénom

Date de naissance

Profession

Adresse

Tél. (heures de bureau)

Est-ce-que cette personne est actuellement à la maison ? ☐ Oui ☐ Non

b. Quelle est la cause de l'annulation/retour anticipé (cochez la case correspondante)

☐ Maladie : Diagnostic

Date à laquelle le malade a demandé pour la première fois des soins médicaux

S'agit-il d'une maladie d'ordre psychologique ? ☐ Oui ☐ Non

☐ Accident : Date

Lésions

Description claire des circonstances

Tiers responsable

☐ Non

☐ Oui

Nom et prénom

Adresse

Nom de sa compagnie d'assurance

Références et n° de police

☐ Décès

Date du décès

Date des funérailles

☐ Autre cause

Quelle est-elle ?

8. Nombre de personnes qui annulent leur voyage

Nombre de personnes qui annulent leur voyage

| Nom et prénom des personnes qui annulent anticipativement : | Lien de parenté avec l'assuré et avec la personne qui est la cause de l'annulation |
|---|--|
| 1) | |
| 2) | |
| 3) | |
| 4) | |
| 5) | |
| 6) | |

9. Documents à nous transmettre dans les plus brefs délais

Documents à nous transmettre dans les plus brefs délais

- Facture d'inscription T.O.
- Facture des frais d'annulation T.O.
- Maladie : formulaire médical
- Accident : formulaire médical
- Décès : certificat administratif de décès et lettre de faire part
- Autre cause : chaque document officiel justifiant votre demande

10. Signature

Déclaration de l'assuré

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 récupérés auprès d'une autre compagnie d'assurance.

Par la présente, le soussigné autorise la compagnie à récupérer les frais auprès d'un tiers responsable.

Le soussigné déclare répondre aux questions ci-avant en toute honnêteté. La Cie AWP P&C S.A. – Belgian branch est automatiquement déliée de toutes ses obligations en cas d'omission ou inexactitudes intentionnelles.

Fait le

, à

Signature de l'assuré(e), précédée de 'lu et approuvé'

Le traitement de votre dossier est possible après réception du formulaire de déclaration de sinistre dûment complété, des notes de frais originales et des pièces justificatives nécessaires.

Merci d'envoyer le plus rapidement possible le formulaire complété ainsi que tous les documents requis à : AWP P&C S.A. - Belgian Branch, Rue des Hirondelles 2 – 1000 Bruxelles – Belgique

Workflow : à renvoyer immédiatement à Allianz Global Assistance

Vos données personnelles figurent dans les fichiers de Banque Nagelmackers S.A., Rue Montoyer 14 à 1000 Bruxelles (FSMA 0404.140.107). Elles peuvent être traitées conformément aux Conditions Bancaires Générales notamment à des fins de gestion et d'administration de la clientèle et, sauf opposition de votre part, à des fins de direct marketing (e.a. pour la promotion de produits et services financiers). Vos données personnelles peuvent également être transmises au sein du Groupe Nagelmackers et aux tiers qui offrent des services de factoring ou de titrisation et/ou de support administratif. Vous avez le droit d'accéder à ces données et de rectifier celles-ci auprès du service BO Paiements de la banque par écrit à l'adresse mentionnée ci-dessus. Pour plus d'informations, consultez les Conditions Bancaires Générales de Banque Nagelmackers S.A. disponibles sur nagelmackers.be/reglements et dans toutes les agences Banque Nagelmackers.