



DECLARATION DE SINISTRE VOYAGE - INFORMATION GENERALE

AIG Europe S.A., Luxembourg - Sägereistrasse 29 - 8152 Glattbrugg
Zweigniederlassung Opfikon – Register Nr. CHE-107.381.353

E-Mail : claimsCh@aig.com

Tel. +41 43 333 37 74

Numero d'urgence: +41 43 333 37 74

Fax +41 43 333 37 99

IDENTIFICATION

N° de POLICE _____

DATE DU SINISTRE _____

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et prénom _____

Adresse _____

Téléphone privé / travail _____

E-mail _____

Y a-t-il une couverture similaire auprès d'une autre compagnie ?

Non

Oui, compagnie + numéro de police ?

Avez-vous déclaré ce sinistre également à cette compagnie ?

Non

Oui

ASSURE ET DONNEES DU VOYAGE

Nom et prénom _____

Adresse complète _____

Date de naissance _____

Téléphone privé / travail _____

E-mail _____

Pays de domicile _____

Relation avec le preneur d'assurance _____

Départ le : _____

/ /

de :

à destination : _____

Retour le : _____

/ /

de :

à destination : _____

Nature du voyage

Privé

Travail

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

REMBOURSEMENT (cf. conditions de la police)

Preneur d'assurance

Assuré

Autre : description : _____

Compte bancaire:

Numéro de compte: _____

Numero de clearing: _____

Numéro : _____

Banque : _____

Adresse : _____

IBAN, swift, sort, blz, ... : _____

Intermédiaire / courtier _____

Je certifie que les informations contenues dans ce formulaire sont exactes. En fournissant vos Données Personnelles, qui peuvent inclure des Données Personnelles sensibles, à AIG dans le cadre de votre déclaration de sinistre et en signant ci-dessous, vous consentez à la collecte et au traitement (y compris l'utilisation et la divulgation) de vos Données Personnelles comme décrit dans la Déclaration de Confidentialité jointe à ce formulaire, qui est également disponible sous www.AIG.com/ch-privacy-policy. En particulier, vous consentez à la transmission à l'étranger de vos Données Personnelles. Dans la mesure où vous avez fourni (ou allez fournir) des Données Personnelles à AIG relatives à tout autre individu, vous certifiez de par votre signature ci-dessous que vous avez informé cet individu du contenu de la présente Déclaration de Confidentialité et que vous êtes autorisé à divulguer ses Données Personnelles à AIG comme décrit dans la Déclaration de Confidentialité.

Date

Signature



DECLARATION DE SINISTRE VOYAGE - DOCUMENTATION

AIG Europe S.A, Luxembourg - Sägereistrasse 29 - 8152 Glattbrugg
Zweigniederlassung Opfikon – Register Nr. CHE-107.381.353

E-Mail : claimsCh@chartisinsurance.com

Tel. +41 43 333 37 74

Numero d'urgence: +41 43 333 37 74

Fax +41 43 333 37 99

RETARD DE VOL / RETARD DE BAGAGES

- Copie des billets d'avion
- Attestation des autorités compétentes avec indication claire du délai du retard (property irregularity report)
- Notes de frais originales
- Détail de l'indemnité reçue du transporteur
- Relevé des frais effectués suite au retard, dûment complété

VOL DE DOCUMENT / VOL D'ARGENT LIQUIDE

- Description détaillée des circonstances : compléter sur relevé SVP
- Rapport de police

FRAIS MEDICAUX

- Certificat médical
- Indemnisation par la caisse maladie
- Factures et notes de frais médicales
- Relevé des frais médicaux avec justificatifs, dûment complété

ANNULATION / INTERRUPTION DE VOYAGE

Agence de voyages	_____		
Adresse	_____		
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	_____		
<input type="checkbox"/> Maladie	----->	Certificat médical	
<input type="checkbox"/> Accident	----->	Certificat médical	
<input type="checkbox"/> Décès	----->	Certificat médical + certificat de décès	
<input type="checkbox"/> Autres : description	----->	Documents officiels qui justifient l'annulation / l'interruption	

DECHARGE

Les données mises à disposition de la compagnie seront traitées dans le cadre de services rendus à l'assuré, de la gestion des contrats et des sinistres. La personne concernée donne son accord sur le traitement de ses propres données médicales. Elle a un droit d'accès et de rectification relatif à ces données. Elle donne son accord pour que le médecin conseil désigné par la compagnie puisse se procurer les données médicales nécessaires auprès du/des médecin(s) traitant(s), et se déclare également disposée à subir un examen médicale, si le médecin conseil désire évaluer lui-même le dommage de l'assuré.

— —

