

– Déclaration de Sinistre –

« Assurance Annulation »

Informations Générales

- **Emetteur de la carte**
Beobank NV/SA
Boulevard du Roi Albert II, 2
B -1000 Bruxelles - Belgique
- **Compagnie d'assurances :**
Europ Assistance Belgium, TVA BE 0738.431.009 RPM Bruxelles, Cantersteen 47, 1000 Bruxelles, succursale belge d'Europ Assistance SA, assureur de droit français ayant son siège social au 2, rue Pillet-Will à 75009 Paris, France (451 366 405 RCS Paris), agréée sous le code 0888 pour les branches 1, 9, 13, 16 et 18 sous la surveillance de la Banque Nationale de Belgique, Boulevard de Berlaumont 14, 1000 Bruxelles.

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

Merci d'envoyer le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai de 20 jours calendriers qui suivent la date du Sinistre, le formulaire complété ainsi que tous les documents requis à Europ Assistance Belgium, Claims, Cantersteen 47, 1000 Bruxelles, E-mail: claims@europ-assistance.be.

Titulaire de la carte Beobank:

Nom et prénom :

Adresse :

Date de naissance :

 / /

Téléphone privé / travail :

E-mail :

Pays de domicile :

Numéro de carte Beobank

Remboursement (cf. Conditions de la police)

Numéro de compte bancaire pour le règlement du sinistre

IBAN

BIC

Nom et adresse de la Banque : _____

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

Merci d'envoyer le plus rapidement possible et au plus tard dans un délai de 20 jours calendriers qui suivent la date du Sinistre, le formulaire complété ainsi que tous les documents requis à Europ Assistance Belgium, Claims, Cantersteen 47, 1000 Bruxelles, E-mail: claims@europ-assistance.be.

Informations sur le voyage

Nature du voyage : Privé Travail

Nombre de voyageurs + relation avec le titulaire de carte : _____

Départ le / / de _____
à destination _____

Retour le / / de _____
à destination _____

Date de réservation du voyage : / /

Date d'annulation du voyage : / /

Prix total du voyage _____

Montant total des frais d'annulation : _____

Motif de l'annulation Décès, maladie ou accident de l'assuré ou d'un membre de sa famille

Date du sinistre / préjudice : / /

Lieu et circonstances du sinistre / préjudice : _____

En cas d'annulation suite à une maladie ou un accident, l'attestation médicale doit être complétée par le médecin traitant après que l'assuré ait complété la première partie de ce document. .

Pour l'exécution du contrat d'assurance, la gestion des sinistres, la gestion des réclamations et le règlement éventuel des litiges, Europ Assistance Belgium traite vos données de santé. Ces données ne peuvent être traitées qu'avec votre autorisation. A défaut, la bonne exécution du contrat peut être empêchée.

Je,..... (nom, prénom) donne par la présente mon autorisation explicite à Europ Assistance Belgium de traiter mes données de santé (ou celles du mineur (nom, prénom) dont je suis le représentant légal) sans intervention du professionnel de santé pour l'exécution du contrat d'assurance, la gestion des sinistres, la gestion des réclamations et le règlement éventuel de litiges.

Date et signature:

Pièces Justificatives

L'Assuré doit communiquer à l'Assureur:

- La preuve du paiement par la carte Beobank des prestations garanties (relevé de compte bancaire ou la facture du paiement),
- Les documents originaux matérialisant les prestations garanties : titre de transports (billets d'avion, de train ...), contrat de location (de véhicule, de séjour ou de logement...),
- Notre formulaire médical ou toute pièce administrative (acte de décès, rapport de police ou de pompiers, ...), attestant du préjudice subi ,
- Le bulletin d'inscription au Voyage Garanti et les conditions générales de vente du prestataire pour l'annulation et la facture détaillée des frais déboursés par avance au moyen de la Carte Beobank,
- Les titres de transport originaux non utilisés,
- La facture des frais d'annulation retenus par le prestataire ou le justificatif de l'absence de remboursement,
- Un document officiel précisant le lien de parenté avec la personne à l'origine de l'annulation,

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 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 de l'assuré

Attestation médicale (à remplir par le médecin traitant)

Depuis combien de temps le patient mentionné ci-dessus est-il suivi par vous?

Diagnostic posé avec code CIM (Coverage Issues Manual)

Quand le diagnostic a-t-il été posé? / /

L'état de santé du patient s'est-il aggravé ? Oui Non

et si oui quand? / /

Merci de nous préciser les conditions de la prise en charge du patient (consultations, examens, suivi éventuel par des spécialistes), ou s'il a été hospitalisé pour la/les maladie/s mentionnées ci-dessus, particulièrement avant la réservation du voyage et la souscription de l'assurance (Voir 1^{ère} partie – Information sur le voyage).

Le patient a-t-il souffert de cette pathologie ou d'une pathologie similaire durant les deux années précédentes ? Oui Non

Quels sont les médicaments qui ont été prescrits et à quelle date ?

Avez-vous prévenu le patient qu'il ne devait pas voyager ? Oui Non

et si oui quand? / /

Date + signature et cachet du médecin
