

MEMENTO

A remettre aux responsables des voyages à l'étranger

Police n° 9510008

Comment réagir en cas de sinistre urgent (accident ou maladie) ?

- Transport vers l'hôpital
- Rapatriement médical au pays de résidence
- Visite à un assuré malade ou hospitalisé à l'étranger
- Rapatriement du corps et transport des bagages
- Retour anticipé
- Décès
- Avis et renseignements
- Envoi de médicaments
- Avance en numéraire
- Prestations complémentaires en cas d'urgence
(Transmission de message, aide pour le remplacement de vouchers, passeports, visas, documents de voyage ou aide lors de la recherche de bagages perdus)
- Assistance juridique

A. À L'ÉTRANGER :

1) Prendre contact avec l'Assistance Center 24h/24 :

Tél. Français : +32.2.739.99.90

Tél. Nederlands : +32.2.739.99.92

Lorsque vous contactez l'ASSISTANCE CENTER, voici les informations

que vous devez fournir pour faciliter votre prise en charge :

1. Le numéro de la police d'assurance
2. Votre nom
3. Votre localisation
4. Votre demande, symptôme ou état
5. Un numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre

2) Rédiger une déclaration de sinistre (que vous trouverez **dans votre espace membre** sur le site internet : www.ci-assurances.be - Documents Assistance voyage - Formulaire déclaration Assistance AIG ;

3) Réclamer un certificat médical de premier constat ou de décès

B. DE RETOUR EN BELGIQUE :

En cas d'un traitement médical récurrent, une admission/séjour en hôpital :

Si le sinistre/accident ne nécessitait pas un contact avec ASSISTANCE CENTER

(exemple: une simple visite chez le médecin pour laquelle vous avez avancé les frais, ...)

1) Envoyer votre déclaration et certificat médical à Adesio Assurances ;

2) Transmettre le détail des frais avancés et /ou récurrents.

(*)Veuillez-vous munir de ces formulaires avant de partir en voyage.

CERTIFICAT MÉDICAL

(À compléter par le médecin)

Doit être renvoyé dans les huit jours au destinataire :

Nom et Prénom de la victime :	Référence sinistre :
Date de l'accident :	N° de police :
Jour, heure et endroit du premier examen	
DIAGNOSTIC TRES COMPLET DE L'AFFECTION Signes objectifs : (indiquer très exactement le genre, la nature et la gravité des blessures, les parties du corps atteintes)	
Symptômes SUBJECTIFS accusés par le blessé	
Date et origine des lésions d'après le blessé	
Les constatations objectives rendent-elles vraisemblables ou invraisemblables, l'origine signalée par le blessé, la date indiquée par lui. Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous ?	
Quelle sera approximativement la durée du traitement ?	
PRONOSTIC : A- Guérison complète B - Invalidité permanente totale ou partielle C - Décès	
N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ?	
Infirmités antérieures :	
Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologiste etc... et pourquoi ?	
Jugez-vous de l'intérêt du blessé ou de la compagnie de faire hospitaliser la victime ? Pourquoi ?	
Observations particulières :	

GESTION DES DONNEES PERSONNELLES : Nous traitons les données personnelles pour gérer cet accident en respectant la réglementation GDPR.

Fait à le20...

Signature du médecin

Nom et adresse ou cachet du médecin

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 sur lequel le remboursement des frais devra être effectué : N° IBAN: - - -

BIC:

Coordonnées du titulaire de ce compte et qualité:

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:

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					

Numéroter 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:

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

UNE DECLARATION DUMENT COMPLETEE FACILITE LA GESTION

AIG Europe S.A. est une compagnie d'assurance immatriculée au Luxembourg (RCS n° B 218806). Siège social : 35D Avenue John F. Kennedy, L-1855 Luxembourg. AIG Europe est agréée par le Ministère Luxembourgeois des Finances et contrôlée par le Commissariat aux Assurances 7, boulevard Joseph II, L-1840 Luxembourg, GD de Luxembourg. Tél. : (+352)22 69 11 - 1, caa@caa.lu, <http://www.caa.lu/>

Succursale Belge située Boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles, Belgique. RPM Bruxelles - TVA BE 0692.816.659, inscrite à la Banque Nationale de Belgique (BNB) sous le numéro 3084. La BNB est située Boulevard de Berlaimont 14 à 1000 Bruxelles.

Veuillez trouver notre Privacy et AssurMifid Policy sur www.aig.be. | © 2015 AIG Europe Limited - All rights reserved