DECLARATION DE SINISTRE
(à renvoyer immédiatement à Allianz Assistance)

Assistance
Frais médicaux

Les formulaires mal complétés retardent le traitement

N° de dossier :

Allianz Assistance

AWP P&C S.A., Belgian Branch
32, Boulevard Roi Albert II,
1000 Bruxelles
Tél: +32 2 290 64 68

1. Nom de **l'assuré :** .....
Prénom : .....
Date de naissance : ..... / ..... / .....
Profession : .....
Adresse : .....
.....
Tél. (heures de bureau) : .....

2. Paiement

Les sinistrés déclarent être d'accord que d'éventuelles indemnisations seront payées à :

.....

IBAN: .....

SWIFT/BIC: .....

Signature de l'assuré ..... Signature de l'agent .....

3. Agence de voyage :
Nom : .....
Adresse : .....
.....
Références : .....

4. Tourpérator :
Nom : .....
N° PO : .....

5. N° de police : .....

6. Destination : .....
Date de réservation : ..... / ..... / .....
Date de départ : ..... / ..... / .....
Date de retour : ..... / ..... / .....

7. Incident :

☐ **Maladie :** Date : ..... / ..... / .....
Diagnose : .....
Existait-il déjà un traitement pour cette même maladie ?
☐ Non
☐ Oui : du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / .....
Etiez-vous au moment du départ en traitement pour cette affection ?
☐ Non
☐ Oui : lequel : .....

☐ **Accident :** Date : ..... / ..... / ..... heure : ..... h .....
lieu de l'accident : .....
.....
Lésions : .....
Description claire des circonstances : .....
.....
.....
Accident pendant la pratique du sport :
☐ Non
☐ Oui : Quel sport : .....

Tiers responsable :

☐ Non

☐ Oui : Nom & prénom : .....

Adresse : .....

.....

Compagnie d'assurances : .....

cochez la case correspondante références et n° de police : .....

8. Traitement

a) date premier traitement : ..... / ..... / .....

médecin qui a prodigué les premiers soins : nom : .....

domicile : ..... pays : .....

hôpital des premiers soins : nom : .....

domicile : ..... pays : .....

a) Actuellement encore en traitement ?

☐ non

☐ oui : médecin de traitement actuel : nom : ..... domicile : .....

cochez la case correspondante hôpital de traitement actuel : nom : ..... domicile : .....

9. Assurances

a) sécurité sociale/mutuelle : ☐ non ☐ oui : nom : .....
n° d'affiliation : .....

b) autre assurance assistance : ☐ non ☐ oui : compagnie d'assurance : .....
n° de police : .....

c) assurance accidents individuelles : ☐ non ☐ oui : compagnie d'assurance: .....
n° de police : .....

d) assurance d'hôspitalisation : ☐ non ☐ oui : compagnie d'assurance: .....
n° de police: .....

e) assurance groupe par l'employeur : ☐ non ☐ oui : nom de l'employeur : .....
compagnie d'assurance : .....
cochez la case correspondante n° de police : .....

10. Frais

Date	Description	Déjà payé ?	Montant	Intervention mutuelle
..... / ..... /	.....	oui/non	.....	.....
..... / ..... /	.....	oui/non	.....	.....
..... / ..... /	.....	oui/non	.....	.....
..... / ..... /	.....	oui/non	.....	.....
..... / ..... /	.....	oui/non	.....	.....

biffer la mention inutile

11. Documents à joindre

Au point : 4 : Facture d'inscription du touropérateur

10 : - l'attestation de votre mutualité mentionnant le montant de son intervention
- copie des notes de frais médicaux
- vignette de votre mutualité

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

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

Date : ..... / ..... / .....

Entreprise agréée sous le code 2769 – numéro d'entreprise: 0837.437.919.
Le maître des fichiers est AWP P&C S.A. - Belgian branch. Ces données sont collectées afin d'assurer une gestion efficiente du contrat et des dossiers sinistres. A ces fins, le patient accorde à AWP P&C S.A.- Belgian branch égal
complémentaires auprès du registre public de la Commission de la Protection de la Vie Privée (n° d'identification VT4003753 et VT4003754) (loi du 8.12.1992).