

Declaration de Sinistre

« Assurance Accident de Voyage »

Informations Générales

- **Emetteur de la carte Beobank :**

Beobank NV/SA
Boulevard général Jacques, 263g
B -1050 Bruxelles - Belgique

- **Compagnie d'assurances :**

Cette police est assurée et souscrite par Millstream Underwriting Limited, opérée et gérée par Strategic Insurance Services Limited un intermédiaire d'assurance autorisé et sous l'autorité de la Financial Conduct Authority (numéro de référence 307133). Au Royaume-Uni, Millstream Underwriting Limited est autorisée par la Prudential Regulation Authority et réglementée par la Prudential Regulation Authority et la Financial Conduct Authority (numéro de référence 308584).

Millstream Underwriting Limited
52-56 Leadenhall Street
London
EC3A 2EB

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 le formulaire complété ainsi que tous les documents requis à Broadspire, by Crawford & Company, Jan Olieslagerslaan 41, 1800 Vilvoorde, Belgium, E-mail: Beobank@broadspire.be

Veillez noter que la garantie BeoBank « Accident de voyage » ne couvre que les accidents survenus dans les transports publics avec pour conséquences le décès ou l'invalidité permanente de l'assuré. Evitez de déclarer les frais médicaux. Ils ne sont pas couverts par cette assurance.

Sinistre « Assurance Accident de Voyage »

(à compléter par le titulaire de la carte Beobank ou son représentant légal)

Date du paiement du voyage avec la carte Beobank : / /

Date de l'accident/du décès : / /

Lieu et circonstances de l'accident/du décès :

Description détaillée des circonstances :

Existe-t-il un droit d'action / de recouvrement auprès d'une tierce partie ?

Avez-vous entrepris vous-même une action à cet égard ?

Quels sont les témoins éventuels de l'accident/du décès :

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Tél : _____

Email : _____

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Par quel corps de police :

Nom et adresse : _____

Sinistre « Assurance Accident de Voyage »

L'accident a eu lieu en quelles circonstances ?

- Vous étiez passager d'un moyen de transport public/voiture de location
- Vous avez été heurté par un moyen de transport public
- Pendant l'embarquement/débarquement
- Vous étiez sur le lieu d'embarquement
- Vous étiez en route vers/ sur le chemin de retour du lieu d'embarquement

Autres circonstances : _____

Compagnie de transport : _____

En cas de rapatriement de la dépouille/frais de recherche et de sauvetage

Frais déboursés

Date	Prestataire	Montant
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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 de l'assuré

Pieces Justificatives

- **Documents à joindre à ce formulaire :**

Dans tous les cas, la preuve que le voyage a été payé avec la carte **Beobank** (copie de l'extrait de compte).

- Rapport / certificat médical
- Nom et adresse de l'hôpital
- Copie de la facture du voyage
- Document prouvant l'utilisation d'un moyen de transport/voiture de location et/ou déclaration d'accident à la compagnie de transport.
- Procès-verbal

En cas de décès :

- Extrait d'acte de décès signé par l'autorité locale compétente
- Attestation originale d'hérédité
- Documents relatifs au rapatriement
- Nom et adresse des héritiers légaux ou du représentant légal

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 le formulaire complété ainsi que tous les documents requis à Broadspire, by Crawford & Company, Jan Olieslagerslaan 41, 1800 Vilvoorde, Belgium, E-mail: Beobank@broadspire.be

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
