Declaration de Sinistre
« Assurance Voyage Retarde/Correspondance Manquee »

Informations Générales

- **Emetteur de la carte Beobank :**
  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, Boulevard du Triomphe 172, 1160 Bruxelles, succursale belge d'Europ Assistance SA, assureur de droit français ayant son siège social au 1, Promenade de la Bonnette à 92230 Gennevilliers, France (451 366 405 RCS Nanterre), 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 Berlaimont 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 le formulaire complété ainsi que tous les documents requis à Europ Assistance Belgium, Claims, Boulevard du Triomphe 172, 1160 Bruxelles, E-mail: claims@europ-assistance.be.

Veuillez ne pas soumettre de déclaration pour les sinistres non couverts tel que l'annulation d'un vol, à moins qu'il ait pour conséquence une correspondance manquée.

Titulaire de la carte BeoBank
(nom et adresse) : _____

_____

_____

Numéro de carte Beobank : ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

Titulaire assuré et voyage:

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Téléphone privé / travail : _____

E-mail : _____

Pays de domicile : _____

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 :

Identité et adresse de la (des) victime(s) si différente(s) du titulaire :

Lien de parenté avec le titulaire de la carte **Beobank :**

Remboursement (cf. Conditions de la police)

IBAN

BIC

Nom et adresse de la Banque :

Veuillez ne pas soumettre de déclaration pour les sinistres non couverts tel que l'annulation d'un vol à moins qu'il ait pour conséquence une correspondance manquée.

Sinistre « Assurance Voyage Retardé/Correspondance Manquée »

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

Date du sinistre / préjudice : / /

Lieu et circonstances du sinistre / préjudice :

Description:

Possibilités de compensation et actions déjà entreprises :

Existe-t-il un droit d'action / de recouvrement auprès d'une tierce partie ? Si oui, coordonnées de la tierce partie et/ou de la compagnie d'assurance et/ou de la compagnie protection juridique en charge du dossier.

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

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

Voyage Retardé / Correspondance Manquée

Description détaillée des circonstances et raison du retard / correspondance manquée :

Identité des personnes co-assurées :

- **Documents à joindre à ce formulaire :**
  - Copie de votre état de dépense ou extraits de comptes (si pas encore disponibles, merci de les envoyer dès réception)
  - Copie facture du voyage
  - Attestation des autorités compétentes avec indication claire du délai de retard / correspondance manquée (property irregularity report)
  - Notes de frais **originales**
  - Détail de l'indemnité reçue de la compagnie de transport (si d'application)
  - Relevé des frais suite au retard

Liste des Frais

N° d'annexe + description	Date Dépense	Devise	Montant payé	Montant en €uro
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
			TOTAL	

Numéroter et joindre les notes de frais originales SVP

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

_____ _____

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 Europ Assistance Belgium, Claims, Boulevard du Triomphe 172, 1160 Bruxelles, E-mail: claims@europ-assistance.be.