

Willis Towers Watson

FORMULAIRE DE DECLARATION DE SINISTRE

Nous vous prions de compléter ce document, ainsi que son annexe A ou B :

- Formulaire A pour les garanties : Annulation et interruption de voyage, Garanties des achats, Perte des bagages, Retard de bagages, Prolongation de séjour, Retard d'avion, Départ manqué et Livraison Internet.
- Formulaire B pour les garanties : Accident avec Décès ou Invalidité.

Merci de nous adresser au plus vite ces documents dûment complétés et signés par e-mail à l'adresse wtw-lu.bcee@willistowerswatson.com, ou bien par courrier à Willis Towers Watson Luxembourg, 145, rue du Kiem L-8030 Strassen.

Mademoiselle Madame Monsieur

Nom et Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse complète : _____

Téléphone : _____ **GSM :** _____

Adresse e-mail : _____

Compte bancaire IBAN : _____

Banque : _____

Situation matrimoniale :

Célibataire Marié(e) Veuf/veuve Divorcé(e) Autre

Votre profession (facultatif) : _____

Le/la soussigné(e) déclare sur l'honneur que toutes les informations sont exactes.

Date : _____ **Signature :** _____

Protection des données

Le preneur d'assurance et /ou l'assuré reconnaît que Willis Towers Watson Luxembourg recueille les données personnelles fournies via ce formulaire ou par la suite par d'autres biais, qui sont nécessaires à la gestion et au règlement du sinistre en question. Willis Towers Watson Luxembourg traitera vos données conformément à l'avis relatif à la confidentialité des données qui est disponible sur demande auprès de nos services. Les données personnelles recueillies via ce formulaire pourront être partagées avec des tiers en dehors de Willis Towers Watson Luxembourg lorsque ces tiers sont impliqués dans la gestion et/ou le règlement dudit sinistre.

DECLARATION DE SINISTRE – FORMULAIRE A EN CAS DE PRÉJUDICE MATÉRIEL OU FINANCIER

Type de carte :

- Miles & More Luxair Visa
 Miles & More Luxair Visa Business
 Visa Premier
 Visa Classic

Numéro de carte : _____

Nature du sinistre :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Garantie des achats | <input type="checkbox"/> Livraison Internet |
| <input type="checkbox"/> Annulation et interruption de voyage | <input type="checkbox"/> Retard de bagages |
| <input type="checkbox"/> Perte de bagages | <input type="checkbox"/> Retard d'avion |
| <input type="checkbox"/> Prolongation de séjour | <input type="checkbox"/> Départ manqué |
| <input type="checkbox"/> Assurance franchise véhicule de location | |

Nature du voyage :

- Voyage privé Voyage à des fins professionnelles ou commerciales

Date des faits : _____

Lieu de survenance : _____

Y a-t-il eu intervention des forces de l'ordre :

- Oui Non

Si oui, auprès de quelle autorité : _____

Numéro de procès-verbal : _____

Circonstances : _____

Énumération des documents à joindre à votre déclaration (exemples : factures, billet d'avion, frais de taxi, etc...)	Date	Devise	Montant
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			
6)			
7)			
8)			
		Sous-total*	
Dédommagement financier du transporteur/compagnie aérienne/autres assurances		Déduction	

* : Faire un sous-total par devise. Ne pas faire de conversion.

Le/la soussigné(e) déclare sur l'honneur que toutes les informations sont exactes.

Date : _____ **Signature :** _____

DECLARATION DE SINISTRE – FORMULAIRE B EN CAS DE DOMMAGES CORPORELS DURANT UN VOYAGE ENTRAINANT UNE INVALIDITÉ OU UN DÉCÈS

Type de carte :

- Miles & More Luxair Visa Miles & More Luxair Visa Business
 Visa Classic Visa Premier Visa Business

Numéro de carte : _____

Nature du sinistre :

- Invalidité Décès

Nature du voyage :

- Voyage privé Voyage à des fins professionnelles ou commerciales

Depuis quand êtes-vous accidenté(e)/malade ?

Date : _____

Lieu de survenance : _____

Y a-t-il eu intervention des forces de l'ordre ?

- Oui Non

Si oui, auprès de quelle autorité : _____

Numéro de procès-verbal : _____

Description des blessures ou des maux :

Quand avez-vous bénéficié des premiers soins : _____

Nom du médecin qui vous a porté assistance :

Êtes-vous actuellement encore en traitement ?

- Oui Non

Nom de votre médecin traitant : _____

Adresse :

Avez-vous consulté un spécialiste :

- Oui Non

Si oui, quand ? _____ Qui ? _____

Avez-vous déjà souffert précédemment de ces maux :

- Oui Non

Si oui, à quelle date sont-ils apparus pour la première fois ? _____

Le/la soussigné(e) déclare sur l'honneur que toutes les informations sont exactes.

Date : _____ **Signature :** _____