



FORMULAIRE DE DECLARATION DE SINISTRE Visa Infinite

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.spuerkeess@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

L'assuré reconnaît que Willis Towers Watson Luxembourg collecte les données personnelles fournies par le biais du présent formulaire de demande de remboursement ou ultérieurement par d'autres moyens, qui sont nécessaires au traitement et au règlement du sinistre en question. L'assuré peut être amené à fournir des données médicales pour justifier sa demande.

Willis Towers Watson Luxembourg traitera les données personnelles de l'assuré conformément à l'avis de confidentialité de Willis Towers Watson Luxembourg, qui comprend des informations sur la manière d'exercer les droits individuels :

<https://www.wtwco.com/fr-LU/Notices/politique-de-confidentialite-insurance-brokerage>.

Les données personnelles collectées par le biais de ce formulaire de demande peuvent être partagées avec des tiers en dehors de Willis Towers Watson lorsque ces tiers sont impliqués dans le traitement et/ou la gestion de la demande, comme décrit ci-dessous et dans notre déclaration de confidentialité.



FORMULAIRE DE DECLARATION DE SINISTRE

Visa Infinite

Les données suivantes : nom et prénom de l'assuré, adresse, nationalité, date de naissance, seront traitées par WTW Global Delivery and Solutions India Private Limited ("WTW Mumbai"), une société du groupe WTW située à Mumbai (Inde), dans le but de vérifier l'identité de l'assuré et d'exercer une diligence raisonnable conformément à la législation relative aux sanctions et au blanchiment d'argent. WTW Mumbai échange des informations aux fins de la diligence raisonnable mentionnée ci-dessus avec Regulatory DataCorp Limited, une société prestataire de données mondiale basée au Royaume-Uni et au Pays de Galles et dont le siège social est situé au 6 Lloyd's avenue, Londres, EC3N 3AX. Willis Towers Watson Luxembourg reste responsable de la confidentialité de ces données.

L'assuré autorise expressément Willis Towers Watson Luxembourg à stocker ses données, y compris ses données personnelles, telles que : nom/prénom, adresse, date de naissance, nationalité, profession, informations relatives au contrat d'assurance dans l'outil de gestion du courtage fourni par notre prestataire de services informatiques situé en Belgique. Ces données ne seront pas traitées par ce prestataire de services informatiques, sauf si cela est nécessaire pour fournir les services de maintenance de l'outil de gestion du courtage.

Si vous avez des questions, veuillez contacter: RGPD@willistowerswatson.com.

L'assuré accepte l'envoi des données énumérées ci-dessus par Willis Towers Watson Luxembourg à WTW Mumbai et de WTW Mumbai à Regulatory DataCorp Limited afin que WTW Luxembourg se conforme aux exigences de la loi AMLCTF, ainsi que l'hébergement de ses données personnelles par notre prestataire de services informatiques situé en Belgique. En signant ce formulaire, l'assuré consent expressément au traitement de ses données médicales tel que décrit dans ce formulaire et dans l'avis de confidentialité de Willis Towers Watson Luxembourg.



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

Type de carte : Visa Infinite

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"/> Solde restant dû en cas de décès | <input type="checkbox"/> Vol des espèces |
| <input type="checkbox"/> Matériel de sport | <input type="checkbox"/> Extension de garantie |
| <input type="checkbox"/> Exonération franchise véhicule de location | |

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*	
<i>Dédommagement financier du transporteur/compagnie aérienne/autres assurances</i>		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 : Visa Infinite

Numéro de carte : _____

Nature du sinistre :

Invalidité Décès

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 :** _____