



## Formulaire général de déclaration de sinistre.

Veillez renvoyer le présent formulaire à ACE Europe,  
Avenue des Nerviens 9-31, bte 7, 1040 Bruxelles, BELGIQUE, tél +32 2 516 97 83, fax +32 2 516 97 82.

Nature du sinistre:	Accident/maladie:	Oui / Non
	Responsabilité:	Oui / Non
	Bagages:	Oui / Non
	Autres frais assurés:	Oui / Non

1. Numéro de police: \_\_\_\_\_ Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

Nom et prénom: \_\_\_\_\_ Madame / Monsieur

Adresse: \_\_\_\_\_

Code postal: \_\_\_\_\_ Commune: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

N° de compte bancaire: \_\_\_\_\_

2. Etes-vous assuré auprès d'une autre compagnie ? Oui / Non

Si oui, N° de contrat:  
Compagnie: \_\_\_\_\_

3.a. Depuis quand êtes-vous malade/accidenté ? Date: \_\_\_\_\_

Heure: \_\_\_\_\_

b. Lieu du sinistre: \_\_\_\_\_

c. Cause: \_\_\_\_\_

d. Circonstances (si nécessaire, ajouter un schéma ou des explications complémentaires au verso du document)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Après de quelle autorité l'incident a-t-il été déclaré ? \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

N° de procès verbal: \_\_\_\_\_

*S.v.p., veuillez joindre copie de votre déclaration, ainsi que les documents appropriés (hotel, camping, société de transport, etc.)*

Selon vous, le sinistre est de la responsabilité de quelqu'un d'autre ? Oui / Non

Si oui, Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Pourquoi, selon vous, cette personne serait-elle responsable ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Où cette personne est-elle assurée? Compagnie: \_\_\_\_\_

N° de contrat: \_\_\_\_\_

Quelle est la relation entre vous et le responsable? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**4. A ne compléter qu'en cas d'accident ou de maladie.**

Date et circonstances des premiers symptômes ou signes de la maladie/accident ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Description des blessures ou maux: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quand avez-vous bénéficié des premiers soins ? \_\_\_\_\_

Nom de la personne qui vous a porté assistance: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Etes-vous actuellement encore en traitement? Oui / Non

Nom du 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 pour la dernière fois ? \_\_\_\_\_

Annexe	Note d'honoraires	Nom du médecin/du pharmacien	Montant en devises	Montant en euros	Montant déjà remboursé par mutuelle/sécurité sociale
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

*NB: Vous devez joindre les originaux d'honoraires ou facture ou s'il y a intervention d'un autre organisme l'original du décompte de remboursement de cet organisme (mutuelle, sécurité sociale).*

---

---

**5. A ne compléter qu'en cas de sinistre « bagages ».**

Détail des objets endommagés ou perdus.

Date d'achat: \_\_\_\_\_ Prix d'achat: \_\_\_\_\_ EUR

Estimation de la perte/dommage: \_\_\_\_\_ EUR

*S.v.p. joindre les factures d'achat.*

Le dommage est-il réparable? Oui / Non

Si oui, quel en est le coût ? \_\_\_\_\_ EUR

Où sont actuellement les objets endommagés ? \_\_\_\_\_

Où et quand peut-on évaluer les dommages ? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**6. A ne compléter qu'en cas d'assistance ou d'autres frais que ceux repris aux autres points du formulaire.**

a. En quoi consistent les frais? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b. Pourquoi ces frais sont-ils nécessaires? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*La nécessité de ces frais doit être prouvée au moyen d'un certificat médical.*

Les informations personnelles sont collectées et tenues par ACE European Group Ltd avenue des Nerviens 9/31 - 1040 Bruxelles, dans le cadre de la gestion globale de la relation clientèle, la vente et la commercialisation des assurances. Conformément aux dispositions de la Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, vous avez le droit de consulter les données vous concernant ainsi que le droit de rectification de toute donnée éventuellement erronée, incomplète ou sans objet relative à votre personne.

A cette fin, vous devez envoyer une lettre recommandée au détenteur du fichier: ACE European Group Ltd.

Déclaration sur l'honneur, le signataire déclare:

- avoir répondu honnêtement et complètement aux questions mentionnées au présent formulaire et qu'à sa connaissance, il ne possède plus d'autres informations qui pourraient être utiles à la compagnie;
- qu'il remet le présent formulaire et les informations additionnelles à l'assureur afin de lui permettre d'examiner les pertes et dommages subits et d'estimer le droit et montant d'indemnisation;
- qu'il a pris connaissance du contenu du présent formulaire.

Le soussigné s'engage également à fournir au médecin-conseil de ACE Europe, toutes les informations complémentaires que celui-ci jugera utiles pour autant que cette demande ait trait au sinistre déclaré présentement.

Lieu: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature: