

DÉCLARATION DE SINISTRE / ASSURANCE BAGAGES

Nom du preneur d'assurance/contrat

1. Indication sur la personne assurée

Nom	Prénom	
Rue et n°	CP/Localité	
Tél. portable	Tél. Prof.	
E-mail	Date de naissance	
Dates de voyage	Départ :	Retour:

2. Titulaire du compte / Coordonnées bancaires

Nom	Prénom	
Rue et n°	CP/Localité	
Nom de la banque	CP/Localité	
IBAN (<i>obligatoire</i>)	SWIFT/BIC	
N° compte (<i>si IBAN non disponible</i>)		

3. Indication sur le sinistre

a) S'agit-il de	<input type="checkbox"/> vol	<input type="checkbox"/> vol avec effraction	<input type="checkbox"/> livraison retardée
	<input type="checkbox"/> perte du bagage	<input type="checkbox"/> dommage/destruction	
b) Où a eu lieu le sinistre ?	Lieu	Pays	
c) Quand a eu lieu le sinistre?	Date	Heure	
d) Où se trouvait le bagage concerné au moment de la survenance du sinistre ?			
e) Etiez-vous présent lors des faits ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
f) Les faits ont-ils été constatés?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	

Description

--

Par qui ?

<input type="checkbox"/> Poste de police à	Date/heure
<input type="checkbox"/> Transporteur (nom, lieu)	Date/heure
<input type="checkbox"/> Hôtel/guide de voyage	Date/heure
<input type="checkbox"/> Autre (nom, lieu)	

4. En cas de sinistre survenant lors d'un voyage en avion / train (joindre documents)

<input type="checkbox"/> Billet ou reservation du transporteur	<input type="checkbox"/> Confirmation définitive de perte du bagage par le transporteur
<input type="checkbox"/> Rapport de police en cas de vol	<input type="checkbox"/> Rapport de sinistre établi par le transporteur
<input type="checkbox"/> Confirmation du remboursement du transporteur	

5. Objets perdus, endommagés ou détériorés (joindre quittances des objets, cartes de garantie, en cas de dommage aussi la facture de la réparation ou un devis)

Objet	Vol/perte/endommagé	Prix à l'achat	Date d'achat	Coûts de réparation
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

6. Indications sur d'autres couvertures d'assurance

Ces dommages sont-ils garantis par d'autres assurances ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Ass. Bagages	<input type="checkbox"/> Ass. Ménage	<input type="checkbox"/> Responsabilité civile adverse	<input type="checkbox"/> Autre
Compagnie	Agence	Police n°	
Avez-vous déjà annoncé ce sinistre auprès de cette compagnie ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Des prestations ont-elles été servies ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non Montant

7. Déclaration : je certifie l'exactitude des données fournies. Je prends connaissance du fait que je peux perdre mon droit à la prestation d'assurance si les informations fournies sont fausses, incomplètes ou contradictoires, même si cela ne porte pas préjudice à l'assureur. J'autorise expressément TSM ASSURANCES / ASSISTANCE à demander et à transmettre à des tiers, si nécessaire, toutes les informations indispensables pour la liquidation du sinistre (Agence de voyage et organisateur, compagnie de transport, police etc...)

Lieu, date

Signature de l'assuré/e

Veuillez transmettre ce formulaire à : claims@tsm-assistance.com