



## 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.spuerkeess@willistowerswatson.com](mailto: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

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](mailto: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 :**

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

**Numéro de carte :** \_\_\_\_\_

**Nature du sinistre :**

- Garantie des achats
- Annulation et interruption de voyage
- Perte de bagages
- Prolongation de séjour
- Assurance franchise véhicule de location
- Livraison Internet
- Retard de bagages
- Retard d'avion
- Départ manqué

**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:** \_\_\_\_\_

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

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

\* : 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 :** \_\_\_\_\_