



## Assurance Voyage MasterCard CBC

→ Envoyer à

**KBC Assurances  
LEUtiens-XCA  
Professor Roger Van Overstraetenplein 2  
3000 Leuven**

### QUESTIONS GENERALES

(à compléter par le titulaire de la carte MasterCard ou son représentant légal)

N° de carte:

- MasterCard Globe CBC (97 990 116) \_ \_ \_ \_ \_ | XXXXXX | \_ \_ \_ \_
- MasterCard Gold CBC (97 990 116) \_ \_ \_ \_ \_ | XXXXXX | \_ \_ \_ \_
- MasterCard Gold VIP CBC (97 990 116) \_ \_ \_ \_ \_ | XXXXXX | \_ \_ \_ \_
- MasterCard Platinum CBC (97 990 118) \_ \_ \_ \_ \_ | XXXXXX | \_ \_ \_ \_

Veillez cocher l'assurance à laquelle vous faites appel :

- Accident de voyage <sup>(B)</sup>       Hospitalisation à l'étranger / frais médicaux <sup>(5)</sup>  
 Assistance Voyage <sup>(B)</sup>       Voyage retardée / Correspondance manquée <sup>(B)</sup>  
 Annulation Voyage <sup>(9)</sup>       Retard / Perte de Bagage <sup>(9)</sup>

*Les mentions (B), (9), (5) sont destinés aux services internes*

Numéro de dossier KBC (si connu) .....

### Titulaire de la carte

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Téléphone .....

Numéro de compte bancaire :

IBAN \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ \_

Nom de l'agence ..... numéro de l'agence \_ \_ | \_ \_ \_ \_

### Info voyage

Départ le : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ de ..... à destination : .....

Retour le : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ de ..... à destination : .....



Nature du voyage :  Privé  Travail

Nombre de voyageurs + relation avec l'assuré / le preneur d'assurance : .....

Identité de la (des) victime(s) si différente(s) du titulaire : .....

Lien de parenté avec le titulaire de la carte MasterCard: .....

Nombre des jours à l'étranger pendant les 12 mois précédant le sinistre: .....

---

## SINISTRE

*(à compléter par le titulaire de la carte MasterCard ou son représentant légal)*

Date du sinistre / préjudice :  /  /

Lieu et circonstances du sinistre / préjudice :

.....  
.....  
.....  
.....

Description :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Possibilités de compensation ailleurs et actions déjà entreprises :

.....  
.....  
.....  
.....

Existe-t-il un droit d'action / de recouvrement auprès d'une tierce partie ?

.....  
.....  
.....



Avez-vous entrepris vous-même une action à cet égard ?

---

---

---

---

---

### Déclaration de l'assuré

Le soussigné déclare avoir répondu aux questions de manière correcte et que toutes les informations données sont exactes. Le soussigné confirme également qu'aucune information liée au sinistre et aux circonstances qui l'ont causé n'a été omise.

date

\_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

signature de l'assuré

---

## Accidents de voyage

### Documents à joindre à la présente déclaration :

- Rapport médical
- Nom et adresse de l'hôpital
- Une copie de votre état de dépenses MasterCard (si non disponible, veuillez envoyer une copie de votre reçu)
- Une copie de la facture du voyage

### En cas de décès:

- Certificat de décès signé par l'autorité locale compétente
- Preuve de bénéficiaires signé par l'autorité locale compétente
- Toutes les factures et documents relatifs au rapatriement
- Nom et adresse de l'exécuteur testamentaire de l'assuré ou de son représentant légal

### Déclaration de l'assuré

Le soussigné certifie avoir répondu correctement et en toute honnêteté à toutes les questions, au meilleur de ses connaissances, et certifie que toute l'information liée au sinistre a été déclarée.

date

\_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

signature de l'assuré



---

## Hospitalisation à l'étranger Frais médicaux

### Hospitalisation

Nombre de jours d'hospitalisation facturés:

Nom et adresse de l'hôpital :

.....  
.....  
.....

### Frais médicaux

Montant :  €

Autres contrats d'assurances assistance à votre nom (nom et adresse, no. de police ou de sinistre):

.....  
.....  
.....

Montant du remboursement (joindre lettre de cette assurance avec détail) :  €

### Documents à joindre à ce formulaire :

- Rapport / certificat médical spécifiant la nature des affections
- Reçus originaux de toutes les dépenses médicales, ou
- Preuve d'intervention de votre mutuelle avec copie des reçus , ou
- Attestation de non intervention de votre mutuelle avec les reçus originaux  
(KBC Assurance intervient toujours après épuisement des prestations accordées par la mutuelle)
- Copie facture du voyage
- Copie de votre état de dépenses MasterCard ou extraits de comptes concernant le paiement de votre voyage (si pas encore disponibles, merci de les envoyer dès réception).

### Déclaration de l'assuré

Le soussigné certifie avoir répondu correctement et en toute honnêteté à toutes les questions, au meilleur de ses connaissances, et certifie que toute l'information liée au sinistre a été déclarée.

date

-----

signature de l'assuré



---

## Assistance Voyage

numéro de dossier de notre centrale d'assistance : \_\_\_\_\_

L'ASSURE DOIT PRENDRE CONTACT AVEC L'ORGANISME QUI ASSURE LE SERVICE D'ASSISTANCE POUR TOUTE DEPENSE SUPERIEURE A 250 EUROS, IMMEDIATEMENT OU DES QU'IL EN A LA POSSIBILITE MATERIELLE, EN VUE D'OBTENIR SON AUTORISATION PREALABLE.

Description détaillée des circonstances pour lesquelles l'assistance est demandée

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

Identité des personnes co-assurées :

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



---

## Voyage retardé Correspondance manquée

Description détaillée des circonstances et raison du retard / correspondance manquée :

.....

.....

.....

Identité des personnes co-assurées :

.....

.....

.....

### Documents à joindre à ce formulaire :

- Copie de votre état de dépenses MasterCard ou extraits de comptes concernant le paiement de votre voyage (si pas encore disponibles, merci de les envoyer dès réception).
- Copie facture du voyage
- Attestation des autorités compétentes avec indication claire du délai de retard / correspondance manquée (property irregularity report)
- Notes de frais **originales**
- Détail de l'indemnité reçue de la compagnie de transport (si d'application)
- Relevé des frais suite au retard



### LISTE DES FRAIS

N° d'annexe + description	Date Dépense	Devise	Montant payé	Montant en €uro
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
<b>TOTAL</b>				

**Numéroter et joindre les notes de frais originales SVP.**

#### Déclaration de l'assuré

**Le soussigné déclare que les informations données ci-dessus sont complètes, correctes et exclusivement liées au sinistre et que les frais n'ont pas été déclarés auprès d'une autre compagnie. Par la présente, le soussigné autorise la compagnie à récupérer les frais auprès d'un tiers responsable.**

date

--- - - - -

signature de l'assuré



---

## Retard Perte des bagages

Retard et raison du retard des bagages :

---

---

---

Arrivée du vol le / /  à  :  heures

Réception des bagages le / /  à  :  heures

Identité des personnes co-assurées :

---

---

---

---

### Documents à joindre à ce formulaire :

- Copie de votre état de dépenses MasterCard ou extraits de comptes concernant le paiement de votre voyage (si pas encore disponibles, merci de les envoyer dès réception)
- Copie facture du voyage
- Attestation de bagages retardés, signée par l'autorité ou par le délégué de l'agence de voyage ou preuve de la plainte auprès du transporteur + preuve de la réponse du transporteur
- Tickets de caisse originaux (justificatifs des dépenses encourues)



### LISTE DES FRAIS

N° d'annexe + description	Date Dépense	Devise	Montant payé	Montant en €uro
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
<b>TOTAL</b>				

**Numéroter et joindre les notes de frais originales SVP.**

#### Déclaration de l'assuré

**Le soussigné déclare que les informations données ci-dessus sont complètes, correctes et exclusivement liées au sinistre et que les frais n'ont pas été déclarés auprès d'une autre compagnie. Par la présente, le soussigné autorise la compagnie à récupérer les frais auprès d'un tiers responsable.**

date

\_\_ - \_\_ - \_\_\_\_

signature de l'assuré



---

## Assurance Annulation de Voyage

Date de réservation du voyage :  /  /

Date du premier paiement du montant du voyage :  /  /

Date d'annulation ou d'interruption du voyage :  /  /

Montant total des frais d'annulation : .   €

### Documents à joindre à ce formulaire :

- Rapport médical (le rapport médical ci-joint est un document obligatoire à remplir par votre médecin!)
- En cas de décès: certificat de décès signé par l'autorité compétente.
- Preuve de dégâts importants aux biens immobiliers (si d'application)
- Autres documents prouvant la nécessité d'annuler le voyage
- Le bon de commande **original** avec conditions d'annulation du contrat de voyage
- Facture **originale** d'annulation mentionnant les frais d'annulation
- Copie de votre état de dépense MasterCard ou extraits de comptes concernant le paiement de votre voyage (si pas encore disponibles, merci de les envoyer dès réception)

### Déclaration de l'assuré

**Le soussigné déclare que les informations données ci-dessus sont complètes, correctes et exclusivement liées au sinistre et que les frais n'ont pas été déclarés auprès d'une autre compagnie. Par la présente, le soussigné autorise la compagnie à récupérer les frais auprès d'un tiers responsable.**

date

- - - - -

signature de l'assuré



## CERTIFICAT MEDICAL

Nos références (si connu) : .....

Docteur,

L'un de vos patients nous a autorisés, dans le cadre d'une assurance annulation, à vous demander quelques informations le concernant.

Je soussigné(e), ..... (nom et prénom), autorise la communication de mes données médicales dans le cadre de l'assurance annulation de voyage liée à la MasterCard Platinum CBC. Ces données seront communiquées au médecin-conseil de KBC Assurances.

signature de la victime

Docteur	Victime
nom et adresse (cachet)	nom et adresse

Veillez compléter et signer ce formulaire, puis le renvoyer à notre médecin-conseil, le docteur Thomas, à l'adresse suivante : KBC Assurances, Van Overstraetenplein 2, 3000 Leuven.

1. Nature des blessures ou de la maladie .....
2. A quelle date la victime a-t-elle consulté pour la première fois pour ces symptômes?  /  /   
Quand le diagnostic a-t-il été établi?  /  /
3. La victime a été hospitalisée pour ces affections ? Oui  Non   
Si oui, à partir du  /  /  jusqu'au  /  /
4. La victime avait-elle auparavant déjà des symptômes de cette affection? Oui  Non   
Depuis quand?  /  /   
Le(s)quel(s)? .....
- La victime a-t-elle consulté un médecin pour ces symptômes? Oui  Non   
Première consultation .....

Fait et déclaré authentique, à ..... le \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_

Le médecin, (signature et cachet)