

## 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](mailto:claims@tsm-assistance.com)