

Cette assurance est souscrite par Belfius Bank SA/NV via Cover-More Blue Insurance Services Limited¹ (exerçant sous le nom commercial Cover-More Europe), désignée en qualité d'Agent général gestionnaire pour agir au nom de l'assureur, Zurich Insurance Europe AG².

La gestion des polices et des demandes d'indemnisation est assurée par Qover SA/NV³ pour le compte de Cover-More Europe et Zurich Insurance Europe AG.

La façon la plus rapide et la plus sécurisée de déposer votre demande est en ligne. Accédez immédiatement au portail de réclamations via l'Application Belfius ou en scannant le code QR. L'utilisation du portail garantit la réception immédiate de votre demande et le téléchargement sécurisé de vos documents. Vous pouvez également remplir ce formulaire manuellement et le renvoyer par courriel, mais notez que cette méthode entraînera des délais de traitement.

<https://claims.covermoreeurope.com/belfius>



Les demandes d'indemnisation peuvent également être soumises par :

- E-mail : claims@claims.covermoreeurope.com
- Téléphone : +32 2 586 69 97
- Courrier postal : Service de gestion des réclamations
Rue du Commerce 31
1000 Bruxelles (Belgique)

Les termes commençant par une majuscule dans le présent formulaire ont la signification qui leur est attribuée dans les Conditions générales, sauf mention contraire.

Le traitement de votre dossier ne pourra avoir lieu qu'après réception d'un formulaire de déclaration dûment rempli, des notes de frais originales et des pièces justificatives nécessaires. Veuillez envoyer le formulaire rempli ainsi que l'ensemble des documents requis par courriel, dans les plus brefs délais, à

¹ Cover-More Blue Insurance Services Limited est une société enregistrée en Irlande sous le numéro 345681, dont le siège social est situé Suite 11, Fifth Floor, No. 2 Stemple Exchange, Blanchardstown Corporate Park, Blanchardstown, Dublin 15, Irlande. Cover-More Blue Insurance Services Limited est agréée et réglementée par la Banque centrale d'Irlande, sous le numéro de référence C29373.

² Zurich Insurance Europe AG est une société d'assurance immatriculée au registre du commerce en Allemagne sous la référence HRB 133359, Platz der Einheit 2, 60327 Francfort-sur-le-Main, Allemagne. Zurich Insurance Europe AG est agréée et réglementée par la Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), sous le numéro de référence 10005151.

³ Qover SA/NV est un agent d'assurance non lié belge, dont le siège social est situé Rue du Commerce 31, 1000 Bruxelles, Belgique, et inscrit au Registre des personnes morales (RPM) sous le numéro 0650.939.878. Qover SA/NV est enregistré auprès de l'Autorité belge des services et marchés financiers (FSMA) sous le numéro 115284.

Nom et adresse du Titulaire du Compte Belfius :

Quel(s) type(s) de carte(s) Belfius détenez-vous ?

☐ Visa Business Gold Prepaid**

☐ MasterCard Business **

☐ MasterCard Platinum*

☐ MasterCard Business Prepaid**

☐ MasterCard Private*

☐ Visa Business Gold**

☐ MasterCard World Elite*

Numéro de carte Mastercard Belfius : ____ - ____ XX - XXXX - XXXX

Numéro de carte Visa Business Gold (Prepaid)/MasterCard Business (Prepaid) :

____ - ____ XX - XXXX - XXXX

Avez-vous payé votre voyage avec un compte Belfius ? ☐ Oui ☐ Non

Assuré et voyage

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Lien avec le Titulaire de la carte : _____

Date de naissance : ____ - ____ - ____

Téléphone privé/professionnel : _____

Courriel : _____

Pays de résidence : _____

Date de départ : ____ - ____ - ____ de _____ à (destination) : _____

Date de retour : ____ - ____ - ____ de _____ à (destination) : _____

Type de voyage : ☐ Personnel ☐ Professionnel

Nombre de voyageurs + liens avec le Titulaire de la carte :

* Ce sont des cartes privées

** Les cartes professionnelles doivent être associées à une carte privée mentionnée dans ce formulaire

REMBOURSEMENT

Remboursement (voir Conditions de la police)

IBAN : _____ (numéro international
de compte bancaire)

SWIFT (BIC) : _____

Nom et adresse de la Banque : _____
_____**DÉCLARATION (à remplir par le Titulaire de la carte)**

Date du paiement par Carte : ____ - ____ - ____

Date de déclaration/du sinistre : ____ - ____ - ____

Lieu et circonstances de la déclaration/du sinistre :

Description :

Options de compensation et mesures déjà prises :

Existe-t-il un droit d'action/de recours contre un tiers ?

Avez-vous entrepris vous-même des démarches à cet égard ?

Déclaration relative à la protection des données

Cover-More Europe et ses sociétés associées (« nous », « notre » ou « nos ») s'engagent à protéger votre vie privée et vos informations personnelles en toutes circonstances. Nous garantissons que tout traitement de données personnelles est effectué conformément à la législation applicable en matière de protection des données. Sauf mention contraire, Cover-More Europe agit en tant que responsable du traitement de vos données personnelles. Vous pouvez consulter l'intégralité de notre déclaration relative à la protection des données à l'adresse suivante : www.blueinsurance.ie/PrivacyPolicy/IE/.

Dans certains cas, des sociétés partenaires qui nous aident à fournir ou à gérer votre police d'assurance ont besoin de recueillir certaines de vos informations personnelles. Cela n'aura lieu que :

- lorsque le traitement est nécessaire à l'établissement d'un devis ou à la conclusion d'un contrat d'assurance ;
- lorsque le traitement est requis par la réglementation ou la loi ;
- lorsque vous avez donné votre consentement ;
- lorsque la collecte relève de nos « intérêts légitimes » pour assurer la bonne marche de notre activité et la fourniture efficace de nos services. Dans ce cas, la collecte et le traitement des données seront limités au strict nécessaire.

En tant qu'intermédiaire d'assurance, nous gérons la police d'assurance pour le prestataire d'assurances Zurich Insurance Europe AG (filiale allemande). Lorsque vous souscrivez à un produit d'assurance avec nous, Zurich Insurance Europe AG (filiale allemande) devient également le responsable du traitement de vos données personnelles, aux fins décrites dans sa politique de confidentialité.

Vous pouvez consulter l'intégralité de la politique de confidentialité de Zurich Insurance Europe AG (filiale allemande) à l'adresse suivante : <https://www.zurich.de/datenschutz>

En outre, Qover SA, l'intermédiaire d'assurance impliqué dans la gestion des polices et la gestion des sinistres de ce produit d'assurance, agit en tant que **responsable du traitement** des données personnelles qu'il traite dans le cadre de ses services. Qover SA traite les données personnelles conformément à la législation applicable en matière de protection des données. La Politique de confidentialité de Qover peut être consultée sur <https://www.qover.com/terms-and-policies#privacy>.

Comment nous contacter

Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos données, veuillez nous contacter à l'adresse suivante : dataprotection.blue@covermore.com. Vous pouvez également contacter notre Responsable de la protection des données à l'adresse suivante : Suite 11, Fifth Floor, No. 2 Stemple Exchange, Blanchardstown Corporate Park, D15 E4FN, Dublin 15, Irlande.

Si vous avez des questions concernant l'utilisation de vos données par Zurich Insurance Europe AG (filiale allemande), vous pouvez écrire à : datenschutz@zurich.com. Vous pouvez également contacter le Responsable de la protection des données de notre filiale en Allemagne à l'adresse suivante : Zurich Group Germany Group Privacy, 50427 Cologne, Allemagne.

Si vous avez des questions sur la manière dont Qover SA utilise vos données, veuillez nous contacter à l'adresse privacy@qover.com. Si vous préférez, vous pouvez écrire à notre Délégué à la protection des données à l'adresse suivante : Rue du Commerce, 31, 1000 Bruxelles, Belgique.

Consentement requis en cas de communication de données médicales/de santé

Dans certains cas, nous, Cover-More Europe, devons obtenir votre consentement afin de recueillir, utiliser et partager vos Informations personnelles. Cela concerne en particulier les Informations personnelles relatives à votre santé ou votre situation médicale (Données sensibles). Si vous acceptez que nous traitions et partagions vos Données sensibles aux fins décrites ci-dessous, veuillez signer ci-après :

Finalités : utilisation (y compris transfert à des sociétés affiliées et à des tiers tels que des gestionnaires de sinistres, conseillers techniques/experts, avocats et réassureurs) des Données sensibles afin de permettre l'exécution de nos obligations et l'exercice de nos droits dans le cadre du contrat d'assurance, ainsi que pour la prévention, la détection et l'investigation des fraudes en matière d'assurance, la gestion des sinistres, la fourniture de couverture d'assurance et de services complémentaires.

En signant ce formulaire, vous acceptez que le médecin-conseil désigné par nos soins obtienne des informations médicales (y compris des informations relatives à la cause du décès) auprès de votre/vos médecin(s) traitant(s). Vous autorisez également la réalisation d'un examen médical, si cela est nécessaire.

Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez nous contacter à l'adresse suivante : belfius@claims.covermoreeurope.com. Si vous refusez de donner votre consentement, ou exercez votre droit de le retirer, nous pourrions ne pas être en mesure d'exécuter nos obligations au titre du contrat d'assurance, de traiter votre sinistre ou de vous fournir une couverture d'assurance.

Nom : _____

Signature : _____ Date : _____

Informations complémentaires

Date d'effet du contrat de location : ____ - ____ - ____

Date de fin du contrat de location : ____ - ____ - ____

Date de déclaration du sinistre auprès de l'autorité compétente (police) : ____ - ____ - ____

Nom, adresse et coordonnées de l'autorité compétente :

Numéro du rapport de police : _____

Nom et adresse du/des témoin(s) de l'accident (le cas échéant) :

Documents à joindre au formulaire :

- la preuve du paiement du Véhicule de location au moyen du Compte de paiement ;
- une copie du relevé du compte couvrant le mois du paiement ;
- une copie du rapport d'accident ou du rapport de police indiquant le lieu, la date et l'heure exacte de l'accident ou du vol ;
- la preuve du paiement de la Franchise ou de la Franchise non remboursable à la Société de location.

Déclaration de l'Assuré

Le soussigné déclare que les informations fournies ci-dessous sont complètes, exactes et exclusivement liées au sinistre, et que les frais n'ont pas été déclarés auprès d'aucune autre société. Le soussigné autorise par la présente la compagnie à recouvrer les frais auprès d'un tiers responsable.

Date et signature de l'assuré

Le traitement de votre dossier ne pourra avoir lieu qu'après réception d'un formulaire de déclaration dûment rempli, des notes de frais originales et des pièces justificatives nécessaires. Veuillez envoyer le formulaire rempli ainsi que l'ensemble des documents requis par courriel à l'adresse suivante dans les plus brefs délais à l'adresse indiquée sur la première page.