

Cette assurance est souscrite par Belfius Bank SA/NV via Cover-More Blue Insurance Services Limited<sup>1</sup> (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 AG<sup>2</sup>.

La gestion des polices et des demandes d'indemnisation est assurée par Qover SA/NV<sup>3</sup> 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](mailto: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

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> MasterCard Gold Flex/Flex Star*   | <input type="checkbox"/> MasterCard World Elite*               |
| <input type="checkbox"/> MasterCard Gold Debit/Debit Star* | <input type="checkbox"/> MasterCard Business**                 |
| <input type="checkbox"/> MasterCard Gold/Credit Star *     | <input type="checkbox"/> MasterCard Business Prepaid**         |
| <input type="checkbox"/> Visa Business Gold Prepaid**      | <input type="checkbox"/> Visa Business Gold**                  |
| <input type="checkbox"/> MasterCard Platinum*              | <input type="checkbox"/> MasterCard Gold Prepaid/Prepaid Star* |
| <input type="checkbox"/> MasterCard Private*               |  |

Numéro de carte Mastercard Belfius : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ XX - XXXX - XXXX

Numéro de carte Visa Business Gold (Prepaid)/MasterCard Business (Prepaid) :  
\_\_\_\_ - \_\_\_\_ XX - XXXX - XXXXAvez-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 ☐ ProfessionnelNombre 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/](http://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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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 de réservation du Voyage : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Date d'annulation du Voyage : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Montant total des frais d'annulation : \_\_\_\_\_ € (Voir « Calcul des frais 'annulation/interruption » à la page suivante)

**Document à joindre au formulaire prouvant la nécessité d'annuler ou d'interrompre le Voyage :**

- la preuve que le Voyage a été réglé au moyen du Compte de paiement ;
- la preuve que la demande de remboursement des dépenses, fournie par le voyageur professionnel et/ou l'intermédiaire et/ou tout prestataire de services de transport ou d'hébergement liés au Voyage, indiquant le montant du remboursement ;
- la confirmation de réservation du Voyage ;
- un certificat de composition du ménage délivré par les services municipaux de votre lieu de résidence, si l'identité de la victime diffère de celle du Titulaire de la carte ;

**Autres documents à joindre, selon le motif de l'annulation ou l'interruption :**

- En cas d'Annulation d'un Voyage : la preuve de l'Annulation du Voyage.
- En cas d'interruption d'un Voyage : la déclaration de l'agence de voyages confirmant le nombre de jours non utilisés.
- En cas de décès, le certificat de décès (avec indication de la cause du décès).
- En cas de maladie (le certificat médical doit mentionner la date des premiers symptômes, sans fournir de diagnostic détaillé).
- En cas de Dommages matériels importants à un Bien immobilier : le document certifiant les faits, délivré par les autorités locales (rapport de police, déclaration des pompiers, etc.)
- En cas de Convocation à un Examen : un justificatif délivré par l'établissement universitaire ou scolaire.
- En cas de Divorce : un document officiel délivré par un avocat, un notaire ou un tribunal.
- En cas de séparation : un document officiel de changement d'adresse délivré par les services municipaux.
- En cas de licenciement : une copie du formulaire C4.
- En cas de vol ou de perte des Documents de voyage, un rapport de police et/ou le document officiel de demande de nouveaux Documents de voyage délivré par les services municipaux.
- En cas de retard d'au moins 24 heures, un document officiel émanant du transporteur.

## 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.

**CALCUL DES FRAIS D'ANNULATION/INTERRUPTION**

DESCRIPTION	CALCUL	PIÈCES JUSTIFICATIVES
<b>BILLETS</b>		
Remboursable auprès du point de vente (*)	Aucuns frais d'Annulation	Justificatif de paiement
Modifiable	Frais de modification .....€	Billets originaux ou version imprimée du billet
Non remboursable/Non-modifiable	Prix d'achat du billet	
<b>HÉBERGEMENT</b>		
Annulation avant le départ (A-B)	A) Total des dépenses liées à l'hébergement = .....€ <i>B) Montant remboursé par la société</i>	Certificat de la société de location
Annulation pendant le séjour (A × B)/C = €	A) Nombre de jours non utilisés : ..... B) Total des frais d'hébergement = .....€	Certificat de la société de location ou autres pièces justificatives
Forfait (transport + hébergement) (A-B) = .....€	A) Prix total du forfait : .....€ B) Montant remboursé par l'agence de voyages (*) :	Document original confirmant l'annulation

(\*) Veuillez toujours contacter la société de location/l'agence de voyages afin d'obtenir un éventuel remboursement et de réclamer les taxes aéroportuaires (en cas d'annulation de vol).

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