



CAP AU PAIR

POLICE N° 4.091.300



QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

BESOIN D'ASSISTANCE ?

HOSPITALISATION, RETOUR ANTICIPÉ, RAPATRIEMENT, ASSISTANCE

Contactez immédiatement et avant toute intervention, le plateau d'assistance

Indiquez :

- Le numéro de contrat suivant N° 4.091.300
- Le numéro d'adhésion fourni lors de la souscription
- La nature d'assistance dont vous avez besoin,
- Vos noms et prénoms,
- Le numéro de téléphone où vous joindre.



**Appelez le plateau d'assistance
24/24 et 7/7 au :
+33.1.49.02.46.70**

LES AUTRES GARANTIES DU CONTRAT (FRAIS MÉDICAUX, BAGAGES, RC, INDIVIDUELLE ACCIDENT)

DECLAREZ VOTRE SINISTRE :

Sous 15 jours pour les Frais médicaux, en envoyant les documents originaux par courrier :

- N° d'adhésion au contrat suivi du numéro de police 4.091.300
- RIB
- Factures originales des dépenses engagées
- Prescriptions médicales
- Le questionnaire médical complété par le professionnel de santé (en page 2)
- Copie du passeport à la page d'identification

Sous 5 jours pour les autres garanties, en envoyant les documents originaux par courrier :

Attention en cas de vol de bagages : l'Assuré doit obligatoirement déposer plainte pour vol auprès des autorités locales compétentes dans un délai de Vingt Quatre Heures suivant la date du Sinistre. Seuls les objets déclarés et repris sur le dépôt de plainte seront indemnisés

Envoyez les documents à :



AIG
Service Indemnisation - 2AU
Tour CB21
16 Place de l'Iris
92040 Paris la défense Cedex

E-mail : sinistres.fr@aig.com

MEDICAL FILE

QUESTIONNAIRE MEDICAL

FORMULARIO MÉDICO

TO BE COMPLETED BY THE POLICY HOLDER / À REMPLIR PAR L'ASSURÉ / A COMPLETAR POR EL ASEGURADO

First and Last Name / Nom et prénom / Nombre y apellidos :

Contract number / N° d'adhésion / N° de afiliación :

Date of Birth / Date de naissance / Fecha de nacimiento (d/j - m - y/a) : / /

TO BE COMPLETED BY THE DOCTOR / À REMPLIR PAR LE MÉDECIN / A COMPLETAR POR EL MÉDICO

What ailment exactly does your patient suffer from? / De quelle pathologie souffre le patient? / ¿Qué padece el paciente?

If any, state the cause / S'il y en a une, précisez la cause / Si hubiera un motivo, explíquelo :

Date of the symptoms' first manifestation / Date de la 1ere manifestation des symptômes pour l'assuré / Fecha de la primera manifestación (d/j - m - y/a) ? / /

Is this the first episode? / S'agit-il de la première manifestation de la pathologie ? / ¿Es la primera vez?

Date in which the patient has been informed about the diagnosis / Date à laquelle le patient a été informé du diagnostic / Fecha en la que se ha informado al paciente sobre el diagnóstico (d/j - m - y/a) ? / /

Are there any associated pre-existing pathologies? / Existe-t-il des pathologies pré-existantes associées? / ¿Padece alguna patología preexistente asociada ?

DOCTOR'S STAMP /
TAMPON DU MEDECIN /
SELLO DEL MÉDICO :

DATE / FECHA :

DOCTOR'S SIGNATURE /
SIGNATURE DU MÉDECIN /
FIRMA DEL MÉDICO :