



# QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

CAP AU PAIR  
POLICE N°4.091.300

## 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 (0)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](mailto:sinistres.fr@aig.com)



# MEDICAL FILE

## FORMULARIO MÉDICO

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

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

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

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

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

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

1° Reason for consultation / Motivo de la consulta / Motif de la consultation : **Symptoms** / Síntomas / Symptômes

In case of an accident, please explain the circumstances

En caso de accidente, por favor explicar las circunstancias / En cas d'accident, préciser les circonstances :

Day of first symptoms / Fecha de los primeros síntomas / Date des premiers symptômes (d/j - m - y/a) : ..... /..... /.....

Is this the first episode? / ¿Es la primera vez? / Est-ce le premier épisode ? .....

Any previous pathology associated with the symptoms?

¿Existe alguna patología previa relacionada con los síntomas?

Y a-t-il des antécédents médicaux en lien avec les symptômes ?

2° Findings after medical examination / Resultados después del examen clínico / Résultats après examen clinique :

3° Clinical impression / Impresión diagnóstica / Impression diagnostique :

4° Prescribed tests or scans / Exámenes o análisis recetados / Examens ou analyses prescrits :

5° Confirmed diagnosis / Diagnóstico final / Diagnostic final :

6° Prescribed treatment / Tratamiento recetado / Traitement prescrit :

DOCTOR'S STAMP:  
SELLO DEL MÉDICO  
TAMPON DU MEDECIN

DOCTOR'S SIGNATURE:  
FIRMA DEL MÉDICO  
SIGNATURE DU MÉDECIN

DATE / FECHA :