

DÉCLARATION DE SINISTRE ANNULATION / BAGAGES / ACCIDENT / MALADIE

Agence de voyages:

Numéro du contrat:

ASSURÉ

Nom de l'assuré

Prénom de l'assuré

Date de naissance

 / /

Localité

Code postal

 -

Rue et numéro

Sexe

Feminin

Masculin

Profession

Privé

Téléphone

Fax

GSM

Professionnel

Adresse e-mail

REMBOURSEMENT PAR VIREMENT

Banque

Numéro de compte

IBAN

Titulaire du compte: Assuré

Agence de voyage

Autre:

Nom et prénom:

Rue et no:

Code postal et localité:

.....
Signature du bénéficiaire

VOYAGE

Destination:

Date de réservation

 / /

Date d'annulation

 / /

Date du départ

 / /

Date du retour

 / /

En cas d'interruption ou de retardement du voyage:

Date du départ retardé

 / /

Date du retour anticipé

 / /

FACTURATION

Prix total du voyage: EUR

Frais d'annulation: EUR

Déjà payé d'avance: EUR

payé le: / /

Solde: EUR

payé le: / /

CAUSE DE L'ANNULATION, DE L'INTERRUPTION OU DU DÉPART RETARDÉ

Personne dont la maladie, l'accident ou le décès a causé l'annulation du voyage, le départ retardé ou le retour anticipé:

Nom

Prénom Date de naissance / /

Localité Code postal -

Rue et numéro

Profession

Téléphone privé professionnel Fax GSM

Adresse e-mail

Lien de parenté avec le(s) participant(s) au voyage.:

Quelle est la cause de l'annulation, du départ retardé ou du retour anticipé?

- Maladie:** Veuillez joindre le rapport médical en annexe dûment complété par votre médecin traitant
- Accident:** Veuillez joindre le rapport médical en annexe dûment complété par votre médecin traitant

Lieu:

Date: / /

Lésions:

Description claire des circonstances:

.....

.....

Procès-verbal? oui non Si OUI, numéro du procès-verbal:établi par:

Tiers responsable? oui non

Nom du responsable

Prénom du responsable

Localité Code postal -

Rue et numéro

Coordonnées de sa compagnie d'assurance

Numéro de sa police d'assurance

- Décès**
- Autre cause**

.....

.....

PARTICIPANT(S) AYANT DÛ ANNULER OU INTERROMPRE

Nom(s) et prénom(s)	Lien de parenté avec la personne dont la maladie, l'accident ou le décès a entraîné l'annulation ou l'interruption du voyage
1)
2)
3)
4)

SINISTRE BAGAGES

Lieu du sinistre:

Date du sinistre

/ /

Quel est le déroulement exact du sinistre?

.....
.....
.....

Informations complémentaires en cas de:

Vol:

Un procès-verbal a-t-il été dressé? oui non

Si OUI, numéro du procès-verbal établi par:

Perte ou endommagement des bagages par la compagnie aérienne:

Est-ce que vous avez été indemnisé par la compagnie aérienne? oui non

Si OUI, quel est le montant de l'indemnité?EUR

Coordonnées complètes de la compagnie aérienne:

Bagages retardés:

Délai d'attente: heures

Endommagement des bagages par un tiers:

Nom du tiers

Prénom du tiers

Localité

Code postal

-

Rue et numéro

Relevé et estimation des objets endommagés

	Désignation des objets	Prix d'achat à neuf	Âge des objets	Dégâts présumés
1)
2)
3)
4)

LE BAGAGE ENDOMMAGÉ DOIT ÊTRE CONSERVÉ JUSQU'AU RÈGLEMENT DÉFINITIF DU SINISTRE

Je certifie par ma signature que les déclarations ont été faites de bonne foi

.....

Lieu et date

Signature de l'assuré précédée de «Lu et approuvé»

À JOINDRE IMMÉDIATEMENT À CETTE DÉCLARATION

- Contrat de voyage
- Facture de réservation
- Facture de l'agence de voyage
- Facture d'annulation
- En cas d'accident: Rapport médical (selon formulaire au verso), procès-verbal dressé par les autorités compétentes, le cas échéant
- En cas de maladie: Rapport médical (selon formulaire au verso)
- En cas de décès: Acte de décès et preuve du lien de parenté
- En cas de vol: Attestation de déposition de plainte, procès-verbal dressé par les autorités compétentes
- Autres causes: Documents officiels justifiant la demande

RAPPORT MÉDICAL (À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT)

Date de réservation: / /

Nom du patient

Prénom du patient

Localité

Code postal

 -

Rue et numéro

Date de naissance

 / /

Date de l'examen

 / /

Description détaillée du diagnostic (nature de l'affection et symptômes):

.....
.....
.....

1. Date de la première consultation: / /

Raison:

2. Traitement:

3. Date de la dernière consultation: / /

Raison:

4. S'agit-il d'une maladie dont le patient souffre depuis un certain temps?

oui

non

• Si oui, depuis quand: / /

Durée du traitement:

• La maladie, s'est-elle aggravée?

oui

non

Si oui pourquoi?:

5. A la date de la réservation du voyage, le / / , l'état de santé de la personne se trouvant à l'origine de l'annulation/interruption,

permettait la réservation de ce voyage.

contreindiquait la réservation de ce voyage. Pourquoi?

6. Le patient, a-t-il ou doit-il être hospitalisé?

• si oui, du / / au / /

7. Etait-il déconseillé d'entreprendre le voyage ou de le poursuivre?

oui

non

• Si oui, quand? Du / / au / /

• Pourquoi?

8. En cas de grossesse, date prévue pour l'accouchement? / /

9. Autres commentaires:

.....
.....
.....

Lieu et date

Cachet et signature du médecin traitant précédée de
«Certifié sincère et véritable»

Le mémoire d'honoraire relatif au présent rapport médical est à charge du patient