

TOURING NO STOP

Déclaration de sinistre

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> No Stop* Tempo | <input type="checkbox"/> No Stop* Full | <input type="checkbox"/> No Stop* Relax |
| <input type="checkbox"/> Modification | <input type="checkbox"/> Annulation | <input type="checkbox"/> Compensation |

N° POLICE NO STOP* : Prise d'effet de votre police NO STOP* :/...../.....

PRENEUR D'ASSURANCE :

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....
Adresse : CP + Localité :
Téléphone :/..... Etat civil : Profession :
Les éventuelles indemnités sont à payer à :
N° de compte en banque :

Durée du voyage : du/...../..... au/...../..... Lieu de destination :
Prix du voyage par personne : Prix total : Acompte(s) versé(s) :

ORGANISME(S) AUPRÈS DUQUEL (DESQUELS) VOUS AVEZ RÉSERVÉ/ANNULÉ VOTRE VOYAGE :

	Date de réservation	Date d'annulation
1./...../...../...../.....
2./...../...../...../.....

PERSONNE QUI EST À L'ORIGINE DE L'ANNULATION DU VOYAGE (à compléter s'il ne s'agit pas du preneur d'assurance) :

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....
Adresse : CP + Localité :
Téléphone :/..... Lien de parenté avec le preneur d'assurance :

NOMBRE DE PERSONNES QUI ANNULENT LEUR VOYAGE :

Prénoms et noms : 1. 4.
2. 5.
3. 6.

CAUSE DE L'ANNULATION OU DE L'INTERRUPTION DE VOYAGE :

- | | | | | |
|---|---|---|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> maladie | <input type="checkbox"/> maladie préexistante | <input type="checkbox"/> accident | <input type="checkbox"/> hospitalisation | <input type="checkbox"/> décès |
| <input type="checkbox"/> licenciement/nouveau contrat | <input type="checkbox"/> suppression congés | <input type="checkbox"/> 2 ^{ème} session/examen de passage | | |
| <input type="checkbox"/> sinistre domicile | <input type="checkbox"/> sinistre véhicule | <input type="checkbox"/> annulation du compagnon de voyage | <input type="checkbox"/> visa/vaccin | |
| <input type="checkbox"/> divorce | <input type="checkbox"/> autres : | | | |

DOCUMENTS À JOINDRE À VOTRE DÉCLARATION (voir détails dans nos conditions générales) :

- tout document justifiant votre annulation ;
- copie de la réservation/confirmation du voyage (séjour(s), transport(s), autre(s) ou billet(s)) ;
- copie de(s) facture(s) initiale(s), de la note de crédit et/ou de la facture d'annulation ;
- copie de la (les) preuve(s) de paiement.

Le soussigné déclare avoir répondu avec exactitude aux questions ci-dessus.

Signature de l'assuré :

Date :/...../.....

Si vous souhaitez de l'aide pour remplir ce document, vous pouvez contacter notre Back Office au 02 233 22 49.

A COMPLETER PAR LE MEDECIN EN CAS D'ANNULATION POUR CAUSE DE MALADIE OU D'ACCIDENT :

Conformément aux conditions générales d'assurance annulation, le preneur d'assurance doit libérer son médecin du secret médical, ou prendre toutes les dispositions pour que le médecin traitant de la personne dont la maladie ou l'accident grave a motivé son annulation soit libéré du secret médical.

NOM DU PATIENT :

L'altération de son état de santé entraîne-t-elle son impossibilité de voyager ou celle des preneurs d'assurance ?

non oui, impossible du/...../..... au/...../.....

CAUSE : MALADIE ACCIDENT

Date de la première visite ou consultation :/...../.....

Date du diagnostic :/...../.....

L'incapacité de voyager existe depuis :/...../..... et jusqu'au/...../.....

La sortie est-elle autorisée : oui non, du/...../..... au/...../.....

DESCRIPTION DÉTAILLÉE DES SYMPTÔMES OU CIRCONSTANCES DE L'ÉVÉNEMENT (diagnostic précis) :

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

Traitements, médicaments et kinés en cours : **Dose**

..... du/...../..... au/...../.....

..... du/...../..... au/...../.....

..... du/...../..... au/...../.....

Examens effectués : Date :/...../.....

Le patient a-t-il dû être hospitalisé ? non oui, du/...../..... au/...../.....

Lieu d'hospitalisation : Service :

S'agit-il d'une rechute, aggravation ou complication d'une pathologie antérieure ? oui non

Date du dernier événement :/...../.....

Traitement en cours :

Est-ce que la pathologie fut stabilisée ?

non oui, depuis :/...../.....

EN CAS DE COMPLICATIONS DURANT LA GROSSESSE :

Date des dernières règles :/...../..... Terme prévu le :/...../.....

Date de la première complication :/...../.....

Type de complication :

Traitement :

MALADIES PSYCHIQUES, MENTALES OU NERVEUSES :

Hospitalisation : non oui, du/...../..... au/...../.....

Traitement suivi (actuellement) :

Traitement suivi (antérieurement, depuis le .../.../.....) :

Date de la première apparition des symptômes :/...../.....

Cachet du médecin + date

Ce document peut être envoyé sous pli confidentiel, à l'attention du Customer Service – Service Claims, Boulevard du Roi Albert II 4, boîte 12 à 1000 Bruxelles.