LA LUXEMBOURGEOISE
Société Anonyme d'Assurances
9, rue Jean Fischbach
L-3372 Leudelange
R.C.S. Luxembourg B 31035

DÉCLARATION DE SINISTRE
ANNULATION DE VOYAGE

à compléter s.v.p. soigneusement et renvoyer sans délai à:

LA LUXEMBOURGEOISE S.A. d'Assurances, L-2095 Luxembourg • Fax: +352 4761-68 68 • email: luxair@lalux.lu

NO DE RÉSERVATION LUXAIR

ASSURÉ

Nom de l'assuré

Prénom de l'assuré

Date de naissance / /

Localité

Code postal –

Rue et numéro

Sexe
Feminin
Masculin

Profession

Téléphone
privé
professionnel

Fax

GSM

Adresse e-mail

.....

REMBOURSEMENT PAR VIREMENT

Banque

Numéro de compte

IBAN .....

Titulaire du compte: ☐ Assuré ☐ Agence de voyage ☐ Autre: .....

.....

Signature du bénéficiaire

VOYAGE

Destination: .....

Date de réservation / /

Date d'annulation / /

Date du départ / /

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

Franchise à déduire: ..... 50 EUR par personne

Déjà payé d'avance: .....EUR payé le: / /

Montant à rembourser:

- À l'assuré: .....EUR
- À l'agence de voyage: .....EUR

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	Fax	GSM
privé			
professionnel			

Adresse e-mail

.....

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: .....

.....

.....

.....

.....

Tiers responsable? ☐ oui ☐ non

Nom du responsable

Prénom du responsable

Localité

Code postal –

Rue et numéro

Nom de sa compagnie d'assurance

Numéro de sa police

☐ **Décès**

☐ **Autre cause**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PARTICIPANTS AYANT DÛ ANNULER OU INTERROMPRE LEUR VOYAGE

Nom et prénom	Lien de parenté avec la personne dont la maladie, l'accident et le décès à entraîné l'annualtion ou l'interruption du voyage
1)	.....
2)	.....
3)	.....
4)	.....
5)	.....
6)	.....

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

....

lieu et date — Signature de l'assuré procédée de «Lu et approuvé»

A JOINDRE IMMÉDIATEMENT À CETTE DÉCLARATION

- Contrat de voyage LUXAIR
- Facture de réservation LUXAIR
- Facture de l'agence de voyage
- Facture d'annulation LUXAIR
- En cas de maladie ou d'accident: Rapport médical (selon formulaire en annexe)
- En cas de décès: Acte de décès
- Autres causes: Documents officiels justifiant la demande

RAPPORT MÉDICAL (À COMPLÉTER PAR VOTRE MÉDECIN TRAITANT)

No de réservation Luxair: ..... 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: ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

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, c'est-elle agravée? ☐ oui ☐ non

5. Est-ce que le patient aurait été en état de voyager à la date de réservation voyage (le ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐)? ☐ oui ☐ non

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 la poursuivre? ☐ oui ☐ non

- Si oui, quand? ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- Pourquoi? .....

Autres commentaires: .....

.....

.....

.....

....

lieu et date

Cachet et Signature du médecin traitant procédée de «Certifié sincère et véritable»

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