

## Déclaration de Sinistre Accident Maladie

**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

		/			/			
--	--	---	--	--	---	--	--	--

No de sécurité sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Localité

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Code postal

		-				
--	--	---	--	--	--	--

Rue et numéro

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Profession

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sexe

Feminin	<input type="checkbox"/>
Masculin	<input type="checkbox"/>

Téléphone	Fax	GSM																		
privé <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td></tr></table>						
professionnel <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td><td style="width: 30px;"> </td></tr></table>						

Adresse e-mail

.....

### REMBOURSEMENT PAR VIREMENT

Banque 

--	--	--	--

 Numéro de compte

IBAN .....

Titulaire du compte: .....

.....

Signature du bénéficiaire

### SINISTRE ACCIDENT OU MALADIE

Destination: .....

Date du départ 

		/			/			
--	--	---	--	--	---	--	--	--

 Date du retour 

		/			/			
--	--	---	--	--	---	--	--	--

Lieu de la maladie ou de l'accident: .....

Date de survenance de la maladie ou du sinistre

		/			/			
--	--	---	--	--	---	--	--	--

**ACCIDENT**

Quel est le déroulement exact du sinistre?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Quel est la nature des blessures?

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

En résulte-t-il une invalidité permanente?  oui  non

Si OUI, veuillez indiquer les coordonnées de votre médecin traitant:

.....  
.....

MALADIE

Diagnostic: .....

Le (La) malade souffrait-il (elle) déjà de cette maladie depuis un certain temps?  oui  non

Si OUI, merci de joindre le rapport médical en annexe dûment rempli par votre médecin traitant

## INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Existe-t-il une couverture complémentaire d'une caisse de maladie, d'un autre organisme de prévoyance ou de sauvetage (exemple: Caisse médico chirurgicale mutualiste, Air Rescue, cartes de crédit, ...) et/ou d'un autre assureur?

Nom

.....

Prénom

.....

Localité

.....

Code postal

..... - .....

Rue et numéro

.....

No de membre, police ou carte de crédit

.....

Nom

.....

Prénom

.....

Localité

.....

Code postal

..... - .....

Rue et numéro

.....

No de membre, police ou carte de crédit

.....

## LA PRÉSENTE CONCERNE UNE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DES FRAIS EN RELATION AVEC:

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> une hospitalisation à l'étranger                             | <input type="checkbox"/> une intervention médicale ou chirurgicale | <input type="checkbox"/> une prolongation de séjour |
| <input type="checkbox"/> la prescription de médicaments                               | <input type="checkbox"/> un transport ordonné par un médecin       | <input type="checkbox"/> un sauvetage               |
| <input type="checkbox"/> une visite d'un parent en cas d'hospitalisation à l'étranger |  |   |

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»

## A JOINDRE IMMÉDIATEMENT À CETTE DÉCLARATION

- Les décomptes originaux de la caisse de maladie et/ou mutuelle
- Copie des factures acquittées
- Copie des ordonnances médicales
- Procès-verbal dressé par les autorités locales (en cas d'accident)
- En cas de décès par accident: Acte de décès

# 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 aggravée?  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: .....

**Par la présente, je cède mes prétentions contre mon assurance maladie légale/privée à DKV Luxembourg S.A.**

.....  
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