

**Veillez répondre à toutes les questions contenues dans ce formulaire de déclaration de sinistre en remplissant bien tous les champs demandés ou bien nous serions dans l'obligation de vous retourner le formulaire ou de vous poser des questions inutiles, entraînant ainsi le retard du traitement de votre demande d'indemnisation.**

**ATTENTION : TOUTES LES DEMANDES D'INDEMNISATION DEVRONT ÊTRE ACCOMPAGNÉES D'UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (AVEC PRÉCISION DU CODE IBAN ET BIC) CAR TOUT REMBOURSEMENT SERA EFFECTUÉ PAR VIREMENT BANCAIRE INTERNATIONAL.**

**Détails personnels - Renseignements à fournir pour toutes les demandes**

Informations sur le demandeur	Civilité		Adresse personnelle			
	Nom					
	Prénom		Code postal			
	Date de naissance					
	N° de sécurité sociale		Tél. personnel		Tél. profes-sionnel	
	Nationalité		E-mail			
	IBAN					
	SWIFT (BIC)					
	Détenteur du Compte					

Informations sur le contrat d'assurance et le voyage		Type et montant de la demande d'indemnisation	
		Prestation	Montant en €
Numéro de contrat		Frais médicaux	
Date d'émission		Frais d'hospitalisation	
Date de départ		Frais d'immobilisation/ prolongation	
Date de retour		Retard de bagages	
Nombre de personnes assurées		Frais juridiques	
Destination(s)		Annulation	
<b>Remarque importante : Il est possible que certaines prestations détaillées ici ne soient pas prises en charge par votre contrat d'assurance.</b>		Perte/ vol/ détérioration des bagages (évaluation du contenu dont effets personnels)	

**Toute déclaration frauduleuse peut être punie par la loi. Si votre déclaration s'avère frauduleuse, elle sera refusée et les autorités seront informées.**

1. Par les présentes, je déclare en toute bonne foi que les informations, les réponses et les documents fournis avec cette demande d'indemnisation sont exacts et véridiques. Je n'ai omis aucune information importante, qui pourrait avoir des répercussions sur le jugement que les assureurs porteront sur cette demande. Je confirme que, si une ou plusieurs demandes d'indemnisation sont effectuées au nom d'autres personnes, j'ai été pleinement mandaté pour agir en leur nom. Par ailleurs, je confirme que le service de traitement des sinistres d'AXA Assistance et les assureurs refuseront d'être tenus pour responsables si les règlements ne sont pas distribués proportionnellement entre les personnes concernées.

2. Je suis conscient que les informations contenues dans ce formulaire seront transmises au service de traitement des sinistres d'AXA Assistance ou seront utilisées par ce service pour mon assurance ; cela comprend la souscription, le traitement, la gestion des demandes d'indemnisation et la prévention de la fraude, ainsi que l'éventuelle transmission d'informations à des agents ou d'autres assureurs.

3. J'autorise le service de traitement des sinistres d'AXA Assistance à contacter mes assureurs maladie et habitation ou d'autres assureurs voyage concernant une éventuelle contribution.

**Lu et approuvé (TOUTES les personnes qui demandent une indemnisation doivent signer)**

Nom des demandeurs	Signature des demandeurs	Date de naissance	Date



## Annulation - page 2

### 7. Autres assurances

- a. Les frais dont vous demandez le remboursement sont-ils couverts par une autre de vos assurances (ex : l'assurance de votre carte de crédit) ?

N.B. : Une indemnisation partagée est une pratique courante lorsque 2 polices d'assurance couvrent le même sinistre.

OUI

NON

- b. Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de la compagnie (ou de la carte de crédit)	
Adresse de la compagnie	
Numéro de contrat	

### 8. Sinistres antérieurs

- a. Avez-vous déjà eu des sinistres lors de vos précédents voyages ?

OUI

NON

- b. Si oui, merci de donner des précisions :


### 9. État de santé

Au moment d'organiser votre voyage, est-ce que l'un de vos proches, un membre de votre entourage, ou toute personne dont votre voyage dépendait ou vous-même étiez :

- a. au courant d'un état pathologique ou d'une série de circonstances qui aurait pu vraisemblablement donner lieu à une déclaration de sinistre annulation ?
- b. Pouvez-vous affirmer, concernant l'un de vos proches, une personne dont votre voyage dépendait (y compris des personnes ne faisant pas partie de votre famille) ou vous-même :
- i) qu'un état pathologique persistant (ou toute complication médicale directement imputable à cet état de santé) a été diagnostiqué par un médecin au cours des 12 derniers mois ?
- ii) qu'il existait un état pathologique (autre qu'une maladie bénigne) pour lequel des médicaments ou un traitement ont été prescrits par un médecin pendant les 90 jours précédant immédiatement la période d'assurance ?
- iii) qu'une hospitalisation a eu lieu au cours des 12 derniers mois ou que la personne concernée figurait sur une liste d'attente pour une opération, une consultation ou un diagnostic ?
- iv) qu'un accouchement était prévu avant ou au cours des 8 semaines suivant la date du retour à domicile ?
- v) que le voyage était contraire à l'avis d'un médecin ou qu'il a été effectué dans le but d'obtenir un traitement médical ?
- vi) que la personne en question a été diagnostiquée en phase terminale ?

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

OUI

NON

Avez-vous obtenu un courrier de votre médecin concernant l'une des situations ci-dessus ? Si oui, merci de joindre une copie de ce courrier.

OUI

NON

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, merci de donner plus de détails sur l'état pathologique ou les circonstances :


# Certificat médical

Ce certificat doit être rempli par le médecin traitant de la personne dont la maladie ou la blessure a donné lieu à la demande d'indemnisation.

## Attention !

- Tous les frais occasionnés par la rédaction de ce certificat médical sont à la charge de l'assuré et ne sont pas remboursables au titre du contrat d'assurance.
- Merci de répondre à toutes les questions.
- Ces informations feront l'objet d'un traitement privé et confidentiel.
- Les certificats ne contenant pas les informations spécifiques requises ne seront pas suffisants.

1. Nom complet de la personne dont l'état de santé a donné lieu à la demande d'indemnisation :

2. Date de naissance :  /  /

3. Êtes-vous le médecin traitant de la personne nommée au point 1 ?  OUI  NON

(a) Si oui, depuis combien de temps ?

(b) Si non, quel est votre rôle dans cette affaire ?

4. Indiquez la nature précise de : l'état pathologique, la maladie, ou la cause de décès ayant donné lieu à cette demande d'indemnisation.

En cas d'accident, expliquez les circonstances et les suites

En cas de décès, expliquez les circonstances

5. Le patient avait-il déjà subi le même problème de santé ou un problème similaire par le passé ?  OUI  NON

6. (a) Précisez la date exacte de l'apparition de l'état de santé indiqué au point 4.  /  /

(b) Date de la première consultation.  /  /

(c) Date d'une grave détérioration, si tel fut le cas.  /  /

7. Veuillez indiquer, en détail, les pathologies ou affections médicales, y compris celles qui sont considérées comme préexistantes qui sont considérées comme préexistantes ou permanentes, qui ont été diagnostiquées ou traitées, et pour lesquelles des médicaments ont été prescrits, des consultations pour avis d'expert ont été effectuées, ou un traitement avec hospitalisation a été suivi, au cours des 24 derniers mois. Veuillez également indiquer, en détail, les affections pour lesquelles un traitement a été refusé.

8. Durée de la période d'arrêt de travail s'il y a lieu

9. La personne mentionnée au point 1 a-t-elle été diagnostiquée en phase terminale ?  OUI  NON

Si oui, à quelle date le diagnostic a-t-il été donné ? (a) à la personne mentionnée au point 1 ci-dessus  (b) au demandeur, si ce n'est pas la même personne.

10. Si le sinistre résulte d'une grossesse, merci de préciser

(a) la date à laquelle la grossesse fut confirmée  /  /  (b) la date des dernières menstruations  /  /

(c) la date présumée de l'accouchement  /  /

11. (a) Si elle faisait partie du voyage, la personne désignée au point 1 vous a-t-elle demandé conseil afin de déterminer s'il était raisonnable pour elle d'entreprendre ce voyage ? Si oui, précisez la date.  OUI  NON  /  /

(b) Si la personne nommée au point 1 faisait partie du voyage, diriez-vous qu'elle était apte à voyager à la date du départ ?  OUI  NON

12. Êtes-vous prêt à certifier que, au motif exclusif de l'état de santé décrit au point 4 ci-dessus, les demandeurs sont contraints d'annuler leur voyage ?  OUI  NON

## À remplir par le médecin traitant

J'ai examiné la personne désignée au point 1 et/ou j'ai consulté son dossier médical et je déclare que les informations fournies sont exactes et qu'aucun détail présentant un intérêt n'a été omis.

Nom (en majuscules)

Qualifications

Adresse

Tampon du cabinet

Signature

Date



## Frais médicaux à l'étranger-page2

8a. Avez-vous souscrit à une mutuelle, une assurance accidents corporels ou toute autre assurance voyage (assurance incluse dans votre carte de crédit) ?

OUI

NON

8b. Si oui, merci de remplir les champs ci-dessous et de joindre une copie de votre contrat d'assurance

N° du contrat

Adresse de la compagnie

Date de renouvellement

Nom de la compagnie d'assurance

9. Vous êtes-vous procuré un formulaire E111 du Ministère de la santé avant votre voyage ?

OUI

NON

Avez-vous fait une demande d'indemnisation en vertu de l'E111 et avez-vous obtenu un remboursement ?

OUI

NON

Si Oui, quel est le montant du remboursement ? (Veuillez joindre un justificatif)

### 10. Sinistre antérieurs

a. Avez-vous déjà fait des déclarations concernant des frais médicaux engagés à l'étranger ?

OUI

NON

b. Si oui, merci de donner des précisions ci-dessous :

  

### 11. État de santé

Au moment de réserver votre voyage, est-ce que l'un de vos proches, un membre de votre entourage, ou toute personne dont votre voyage dépendait ou vous-même étiez :

A. au courant d'un état pathologique ou d'une série de circonstances qui aurait pu vraisemblablement

OUI

NON

B. Pouvez-vous affirmer, concernant l'un de vos proches, une personne dont votre voyage dépendait (y compris des personnes ne

i) qu'un état pathologique persistant (ou toute complication médicale directement imputable à cet état de santé) a été diagnostiqué par un médecin au cours des 12 derniers mois ?

OUI

NON

ii) qu'il existait un état pathologique (autre qu'une maladie bénigne) pour lequel des médicaments ou un traitement ont été prescrits par un médecin pendant les 90 jours précédant immédiatement la période d'assurance ?

OUI

NON

iii) qu'une hospitalisation a eu lieu au cours des 12 derniers mois ou que la personne concernée figurait sur une liste d'attente pour une opération, une consultation ou un diagnostic ?

OUI

NON

iv) qu'un accouchement était prévu avant ou au cours des 8 semaines suivant la date du retour à domicile ?

OUI

NON

v) que le voyage était contraire à l'avis d'un médecin ou qu'il a été effectué dans le but d'obtenir un traitement médical ?

OUI

NON

vi) que la personne en question a été diagnostiquée en phase terminale ?

OUI

NON

Avez-vous obtenu un courrier de votre médecin concernant l'une des situations ci-dessus ? Si oui, merci de joindre une copie de ce courrier.

OUI

NON

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, merci de donner plus de détails sur l'état pathologique ou les circonstances :

  
  

### 12. Comptez-vous recevoir ou allez-vous demander des indemnisations

OUI

NON

Si oui, veuillez donner de plus amples explications sur une feuille séparée.

### Remarques importantes

i) Comme le stipulent les Conditions générales, toute déduction de franchise applicable à chaque demande doit être payée avant de régler les dépenses détaillées en question 7. Si ces dépenses ont été payées à l'hôpital ou au médecin à l'étranger, veuillez joindre le justificatif. Sinon, une somme payable à AXA Assistance Deutschland GmbH, représentant le montant de la franchise, doit être envoyée avec ce formulaire.

ii) Le paiement des dépenses acceptables est généralement effectué en faveur du demandeur. Si vous souhaitez que le règlement soit effectué en faveur d'une autre personne, veuillez fournir ses coordonnées.

# Retard, perte, vol ou détérioration de bagages - page 1

Pièces à fournir (ENVOYEZ LES ORIGINAUX MAIS CONSERVEZ DES COPIES POUR VOS ARCHIVES) :

1. La facture de souscription à la police d'assurance.
2. Un rapport de police ou autre document approprié si vos biens ont été volés alors qu'ils n'étaient pas sous la responsabilité de la compagnie aérienne.
3. Si votre déclaration concerne un bien qui a été perdu, ou endommagé alors qu'il était sous la responsabilité de la compagnie aérienne, veuillez envoyer une copie du rapport de son ou ses agents, sa confirmation écrite qu'aucun paiement n'a été effectué en votre faveur, ainsi que votre carte d'embarquement et les étiquettes d'enregistrement de vos bagages.
4. Pour tous les effets personnels, objets de valeur et objets précieux faisant l'objet d'une demande d'indemnisation, veuillez fournir les documents justificatifs avant-sinistre sous la forme de reçus, de relevés bancaires ou de tickets de carte de crédit, indiquant l'achat des articles concernés. Veuillez également fournir les manuels d'utilisation et bons de garantie pour les montres, appareils photos ou autres produits électroniques faisant l'objet d'une demande d'indemnisation.
5. Déclaration concernant uniquement des dégradations : veuillez fournir une estimation des coûts de réparation ou, si le produit n'est pas réparable, nous exigeons une confirmation écrite d'un professionnel compétent. Veuillez à conserver tous les produits détériorés puisque vous pourriez être amené à nous les envoyer.
6. Demandes d'indemnisation pour retard de bagages uniquement : reçus liés aux achats nécessaires de vêtements et de produits de toilette, confirmation de l'incident par la compagnie aérienne, avec la date et l'heure d'arrivée de vos bagages.

**Important : veuillez à numéroter tous les reçus liés aux dépenses engagées ou les justificatifs avant-sinistre et reportez le numéro dans la colonne intitulée " N° de réf. " lorsque vous détaillez les frais ou les objets concernés par votre demande, page 2.**

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir les pièces demandées, veuillez motiver cette incapacité par écrit.

Veuillez répondre à TOUTES les questions ci-dessous (EN MAJUSCULES SVP)

## 1. Où et quand la perte, la dégradation ou le vol s'est-il/elle produit(e) ?

Date et heure auxquelles la perte, le vol ou la dégradation

/ /	
-----	--

Lieu de l'incident (pays, lieu et ville)

--	--

## 3. L'incident a-t-il été déclaré auprès

	Date	Heure	Référence
De la Police			
Du transporteur (compagnie aérienne)			

## 2. Demandes d'indemnisation pour retard de bagages uniquement.

(a) Date et heure de votre arrivée sur le lieu de séjour

/ /	
-----	--

(b) Date et heure de réception de vos bagages

/ /	
-----	--

(c) Durée du retard

--

(d) Dédommagement consenti par le transporteur (veuillez fournir un justificatif). Si vous n'avez reçu aucun dédommagement, veuillez le préciser.

--

(e) Numéro de vol

--

## 4. Détaillez ci-dessous les circonstances de l'incident et les précautions prises pour protéger vos biens (continuez sur une feuille séparée si nécessaire).


## 5. Où étaient vos effets personnels lors de la perte, du vol ou de la dégradation ?

--

## 6. Demandes d'indemnisation pour perte ou vol uniquement : quelles actions avez-vous entreprises pour tenter de récupérer vos biens ?


## 7. Autres assurances

### a. Détails de votre assurance habitation

Nom de l'assureur


Adresse de l'assureur

Code postal

--

N° de contrat :

--

Détails de vos précédents sinistres habitation ou voyage :


b. Une demande d'indemnisation a-t-elle été faite auprès d'un autre assureur (par exemple, votre assureur habitation) ou auprès d'un transporteur (par exemple, une compagnie aérienne) ?

OUI	NON
-----	-----

Si oui, merci de donner plus de précisions ainsi que la référence sinistre qui vous a été donnée :


## Retard, perte, vol ou détérioration de bagages - page 2

REMARQUE IMPORTANTE : CE CONTRAT EST UN CONTRAT D'INDEMNITÉ QUI A POUR OBJECTIF DE RESTAURER LA SITUATION TELLE QU'ELLE ÉTAIT AU MOMENT DU SINISTRE : LA VALEUR DES OBJETS CONCERNÉS PAR LA DÉCLARATION N'EST PAS CALCULÉE SELON LA VALEUR DE REMPLACEMENT PAR UN OBJET NEUF MAIS SELON LEUR VALEUR AU MOMENT DU SINISTRE, EN TENANT COMPTE DE LEUR ANCIENNETÉ ET DE LA DÉPRÉCIATION (VALEUR D'UN OBJET D'OCCASION SIMILAIRE).

Veillez compléter les sections ci-dessous - (EN MAJUSCULES SVP)

Détails des effets personnels endommagés, volés, détruits ou perdus (continuez sur une feuille séparée si nécessaire).

Veillez fournir un maximum de détails sur chaque objet. Pour les appareils photo, indiquez la marque et le modèle, le type d'objectif, etc. Pour les montres, indiquez la marque, le modèle, le type et la qualité du métal dans lequel le boîtier a été fabriqué, le type de bracelet, le nombre de pierres précieuses, etc. Pour les bijoux, indiquez le type et la qualité de la teneur en métaux, la taille et le type des pierres, etc. Vous devez également fournir les justificatifs d'achat et les estimations de valeur.

N° de réf.	Description de	Propriétaire	Place of Purchase	Date d'achat	Mode de paiement	Prix d'achat	Prix de	Cadre réservé à

Demandes d'indemnisation pour retard de bagages uniquement : détaillez les achats essentiels effectués en raison du retard (continuez sur une feuille séparée si nécessaire).

N° de référence	Nom du demandeur	Description de l'objet	Date	Coût	Devise	Cadre réservé à nos

