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

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 / /

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:

Signature du bénéficiaire

N.B.: Les frais médicaux ne dépassant pas un montant total de 100 EUR resteront à charge de l'assuré

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:

☐ une hospitalisation à l'étranger ☐ une intervention médicale ou chirurgicale ☐ une prolongation de séjour

☐ la prescription de médicaments ☐ un transport ordonné par un médecin ☐ un sauvetage

☐ une visite d'un parent en cas d'hospitalisation à l'étranger

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

- 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 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