



Déclaration de sinistre Annulation Voyages / LUXAIR Airline

Une déclaration complète facilite le traitement !

Objet de la présente déclaration :

Annulation de voyage

N° de réservation LUXAIR :
Contrat n° : 27/0105912- TRAVEL PACKAGE

1. Preneur d'assurance

Nom et prénom :
Date de naissance : / /
Adresse :
Tél. privé :
« E-mail » :
Profession :
Tél. profession :

2. Remboursement Par virement

Banque :
Compte IBAN:
BIC :
Titulaire du compte:
Signature du bénéficiaire :

Correspondance : je souhaite que tout courrier me soit envoyé directement par email à l'adresse ci-dessus

3. Voyage

Destination :
Date de réservation : / /
Date d'annulation : / /
Date du départ : / /
Date du retour : / /

4. Facturation

Prix total du voyage :€
Frais d'annulation :€
Montant à rembourser :€
Maximum 180€
Taxes d'Aéroport remboursées par la compagnie
Aériennes ?
 Oui Partiel Non
Montant:€

5. Cause de l'annulation

Personne dont la maladie, l'accident ou le décès a causé l'annulation du voyage
Nom et prénom : Profession :
Date de naissance : / / Tél. profession :
Adresse : Tél. privé :
« E-mail »

Quelle est la cause de l'annulation, (cochez la case correspondante) :

<input type="checkbox"/> Maladie : Quand la maladie s'est-elle déclarée? Date : / / Quand est-ce que le (la) malade a demandé pour la première fois des soins à un médecin : Date : / / Cette personne séjourne-t-elle actuellement à la maison? <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non	Diagnostic :
<input type="checkbox"/> Accident : Lieu : Date : / / Lésions : Description claire des circonstances : La personne accidentée séjourne-t-elle actuellement à la maison? <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non	Tiers responsable: <input type="checkbox"/> Oui - <input type="checkbox"/> Non Nom et prénom : Adresse : Nom et adresse de sa compagnie d'assurance : Numéro de sa police :
<input type="checkbox"/> Décès : Date du décès : / /	Date des funérailles : / /
<input type="checkbox"/> Autre cause (préciser) :	

6. Participants au voyage l'ayant annulé, étant partis retardés ou revenus prématurément

Nom et prénom	Lien de parenté avec la personne dont la maladie, l'accident ou le décès a entraîné l'annulation, le départ retardé ou le retour anticipé
1)
2)
3)
4)
5)
6)

Le (La) soussigné(e) déclare avoir répondu aux questions ci-avant en toute honnêteté. Une omission ou une inexactitude intentionnelle pourra délier AXA Assurances Luxembourg de ses obligations.

Signature du preneur d'assurance précédée de "Lu et approuvé"

Fait à, le

A joindre immédiatement à cette déclaration :

- CONFIRMATION DE RESERVATION
- Copie des tickets électroniques
- Lettre de remboursement LUXAIR

Veillez nous envoyer dans les plus brefs délais :

- En cas de maladie ou accident :

Rapport médical (selon formulaire ci-annexé)
- En cas de décès: **Acte de décès**
- Autre cause: documents officiels justifiant la demande

RAPPORT MEDICAL/

à compléter par votre médecin traitant
à envoyer sous enveloppe fermée à :

AXA Assurances Luxembourg
Demande annulation LUXAIR -
Secrétariat médical Sinistre Voyage
1 place de l'Etoile L- 1479 Luxembourg

Numéro de réservation Luxair :

Nom et prénom du patient :	Date de naissance :..... / /
Adresse :	Date de l'examen :..... / /

Cause : Maladie - Accident - Grossesse

- Description détaillée du diagnostic (nature de l'affection et symptômes) :
.....
.....
- Date de la première consultation : / /
- Traitement :
.....
- Examens spécialisés, lesquels ? A quelle(s) date(s) ?
- Genre de médicaments :
- Durée et fréquence du traitement et des médicaments :
- Date de la dernière consultation : / / Raison
- 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 s'est-elle aggravée ? oui non
- Etait-il déconseillé d'entreprendre le voyage ou de le poursuivre ? oui non
Si oui, quand ? / / Pourquoi ?
- En résulte-t-il une interruption des activités courantes ? oui non du / / au / /
- La sortie est-elle autorisée ? oui non du / / au / /
- Le patient a-t-il été ou doit-il être hospitalisé ? oui non du / / au / /
- Antécédents médicaux :
Chirurgicaux :
- En cas de grossesse, date prévue pour l'accouchement ? / /
- Autres commentaires :.....
.....

**Certifié sincère et véritable »,
Cachet et signature du médecin traitant**

Fait à, le / /

Le mémoire d'honoraires relatif à ce questionnaire est à charge de l'assuré.