

N° Orias : Bertel 07000949 – Blanchard 10058535

ANNULATION DE VOYAGE - DOSSIER N° :

NOM : _____ **PRENOM :** _____

ADRESSE : _____

CODE POSTAL : _____ **VILLE :** _____ **TEL :** _____

PROFESSION : _____ **DATE DE NAISSANCE :** _____

ORGANISATEUR : _____ **AGENCE DE :** _____

VOYAGE DU _____ **AU** _____ **DESTINATION :** _____

DATE DE RESERVATION DU VOYAGE : _____

PAIEMENT DU VOYAGE : CHEQUE ESPECES **MONTANT :** _____ €

CARTE : VISA VISA PREMIER* AMERICAN EXPRESS GOLD/PLATINIUM* GOLD*

AUTRES : _____ **POUR CES 3 CARTES MERCI DE JOINDRE LES REÇUS CB**

DATE D'ANNULATION : _____ **MOTIF :** MALADIE ACCIDENT DECES

S'AGISSANT D'UN ACCIDENT UN TIERS EST-IL RESPONSABLE ? oui non

Si oui : Nom, prénom, adresse, compagnie d'assurances et numéro de sinistre : _____

AUTRES, à préciser: _____

NOMS ET PRENOMS DES PERSONNES ANNULANT EGALEMENT LEUR VOYAGE ET LIEN DE PARENTE AVEC L'ASSURE :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE A L'ORIGINE DE L'ANNULATION :

VOUS MEME CONJOINT ASCENDANT ENFANT

PERSONNE ACCOMPAGNANTE AUTRE PERSONNE : Nom et lien de parenté : _____

EN ACTIVITE EN CONGES* A COMPTER DU EN RETRAITE SANS EMPLOI* ETUDIANT*

AFFECTION MEDICALE : NATURE EXACTE : _____

INTERDICTION DE QUITTER LA CHAMBRE OUI du _____ au _____

ARRET DE TRAVAIL* : NON OUI du _____ au _____

HOSPITALISATION* : NON OUI du _____ au _____

* MERCI DE JOINDRE UN JUSTIFICATIF

DATE DU PRECEDENT TRAITEMENT DE LA PATHOLOGIE : _____

DATE DES PREMIERS SYMPTOMES DE LA PATHOLOGIE : _____

(1) Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus, toute réticence ou fausse déclaration pouvant entraîner la déchéance du contrat ou dégager l'assureur de toute prise en charge de cette réclamation.

Le _____
Signature de l'assuré