

Cover-Direct
Versicherungsmakler und
Werbeagentur Ges.m.b.H.
Fasangartengasse 14/8
A – 1130 Wien
Österreich

Téléphone (+43)1/ 969 08 40 Fax : (+43)1/ 969 08 41

Déclaration de sinistre : interruption de voyage

En vue du règlement simple et rapide de la prestation d'assurance, nous avons besoin de quelques renseignements importants. Veuillez remplir soigneusement le présent avis de sinistre en annexant les documents suivants, si demandés:

- **une copie du rapport médical**
- **procès-verbal de l'accident ou le certificat de décès**
- **Police d'assurance ou certificat d'assurance**
- **Les documents de voyage non utilisés (billets d'avion, récépissés de croisière, billets de train, etc.)**
- **Confirmation du départ de l'hôtel**
- **Le coupon d'un nouveau billet acheté pour le retour, avec le reçu indiquant le montant payé.**

Questions aux participants au voyage ou à l'agence de voyage:

Nom et prénom du voyageur: _____

Adresse du voyageur: _____

Numéro de téléphone : _____

Banque de données et IBAN code : _____

Date de voyage : _____ Destination: _____

Nom et numéro de réservation de l'organisateur /l'agence de voyage: _____

D'autres personnes, qui annulent le voyage (Nom, prénom)

1. _____

2. _____

3. _____

Cause de l'interruption: _____

Nom et date de naissance de la personne concernée: _____

TourCare est une marque de l'entreprise Cover-Direct

Europäische Reiseversicherungs AG
EUROPÄISCHE Schweiz
Firmensitz : Steinengraben 28
CH-4003 Basel
Tél: +41 61 275 22 10
Fax: +41 61 275 27 42

Cover-Direct Versicherungsmakler
und Werbeagentur Ges.m.b.H.
A-1130 Wien, Fasangartengasse 14/8
Tel: 0043/1/969 08 40,
Fax: 00 43/1 /969 08 41
Reg. Handelsgericht Wien/ FN 196462s

Certificat du médecin traitant:

Madame le docteur, Monsieur le docteur,

dans le cadre de l'assurance annulation de voyage en raison de la maladie ou l'accident de votre patient sont à nous de faire valoir des droits.

Dans l'intérêt d'un traitement au sens des conditions d'assurance dans ce cas d'assurance, nous vous remercions de répondre aux questions, voir ci-dessous. Notre assuré est tenu, de faire lever le secret médical du médecin pour ce cas d'assurance, conformément à l'article 8, paragraphe 4, de conditions générales d'assurance pour l'assurance obligatoire d'assurance annulation de voyage, approuvé par le ministère fédéral des finances.

Les frais éventuels de l'attestation ne seront pas remboursés par nous -car dans le cadre des obligations- par l'assuré lui-même à porter.

Nous vous remercions de votre coopération !

Nom du patient: _____

Date de naissance: _____

Diagnostic précis (svp lisible): _____

Depuis quand existe la maladie ? _____

Est-ce que la maladie s'est déclarée soudainement ? _____

S'agit-il d'une aggravation d'une maladie déjà existante ? _____

Est-ce que la maladie est considérée comme grave/ avec risque de la vie? _____

Depuis quand le patient est en traitement à cause de cette maladie ? _____

S'agit-il d'une maladie chronique ? _____

Se trouve (se trouvait) le patient en traitement à l'hôpital ? _____

Pour quand le patient a été reconduit pour le contrôle ? _____

Prière de joindre une copie de la notification de la maladie à la caisse d'assurance- maladie.

Par ma signature, je confirme l'incapacité de voyager pour le patient ci-dessus pour la destination _____ avec le début du voyage _____ et l'exactitude et l'intégrité des mes informations susmentionnées.

Je m'engage à fournir des renseignements concernant des informations fournies par l'attestation à l'égard des médecins de l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de poursuivre de fausses informations, conformément à l'article 146 du code pénal justice.

Date

Signature et cachet du médecin

Europäische Reiseversicherungs AG
EUROPÄISCHE Schweiz
Firmensitz: Steinengraben 28
CH-4003 Basel
Tel: +41 61 275 22 10
Fax: +41 61 275 27 42

Cover-Direct Versicherungsmakler
und Werbeagentur Ges.m.b.H.
A-1130 Wien, Fasangartengasse 14/8
Tel: 0043/1/969 08 40,
Fax: 0 43/1 /969 08 41
Reg. Handelsgericht Wien/ FN 196462s