

## 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

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

## De sinistre pour les frais d'annulation

### 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'annulation: \_\_\_\_\_

Nom et date de naissance de la personne concernée: \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec les participants du voyage: \_\_\_\_\_

Nature de l'assurance annulation de voyage:

- Assurance annulation obligatoire \_\_\_\_\_  
 Autre couverture d'assurance \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_

Veuillez insérer ce préjudice **une copie du rapport médical de la caisse maladie** (ou une confirmation du séjour à l'hôpital) ou procès-verbal de l'accident ou le certificat de décès tant qu'une copie de **la facture d'annulation** de l'organisateur ainsi, votre annulation peut être modifié sans délai.

Veuillez noter que votre médecin répond correctement à chaque question du questionnaire médical car toutes réclamations de votre part par après peuvent malheureusement pas être prises en compte.

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