

Veillez répondre à toutes les questions contenues dans ce formulaire de déclaration de sinistre en remplissant bien tous les champs demandés ou bien nous serions dans l'obligation de vous retourner le formulaire ou de vous poser des questions inutiles, entraînant ainsi le retard du traitement de votre demande d'indemnisation.

ATTENTION : TOUTES LES DEMANDES D'INDEMNISATION DEVRONT ÊTRE ACCOMPAGNÉES D'UN RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE (AVEC PRÉCISION DU CODE IBAN ET BIC) CAR TOUT REMBOURSEMENT SERA EFFECTUÉ PAR VIREMENT BANCAIRE INTERNATIONAL.

Détails personnels - Renseignements à fournir pour toutes les demandes

Informations sur le demandeur	Civilité		Adresse personnelle		
	Nom				
	Prénom		Code postal		
	Date de naissance				
	N° de sécurité sociale		Tél. personnel	Tél. professionnel	
	Nationalité		E-mail		
	IBAN				
	SWIFT (BIC)				
	Détenteur du Compte				

Informations sur le contrat d'assurance et le voyage		Type et montant de la demande d'indemnisation	
		Prestation	Montant en €
Numéro de contrat		Frais médicaux	
Date d'émission		Frais d'hospitalisation	
Date de départ		Frais d'immobilisation/ prolongation	
Date de retour		Retard de bagages	
Nombre de personnes assurées		Frais juridiques	
Destination(s)		Annulation	
Remarque importante : Il est possible que certaines prestations détaillées ici ne soient pas prises en charge par votre contrat d'assurance.		Perte/ vol/ détérioration des bagages (évaluation du contenu dont effets personnels)	

Toute déclaration frauduleuse peut être punie par la loi. Si votre déclaration s'avère frauduleuse, elle sera refusée et les autorités seront informées.

- Par les présentes, je déclare en toute bonne foi que les informations, les réponses et les documents fournis avec cette demande d'indemnisation sont exacts et véridiques. Je n'ai omis aucune information importante, qui pourrait avoir des répercussions sur le jugement que les assureurs porteront sur cette demande. Je confirme que, si une ou plusieurs demandes d'indemnisation sont effectuées au nom d'autres personnes, j'ai été pleinement mandaté pour agir en leur nom. Par ailleurs, je confirme que le service de traitement des sinistres d'Linkham Services et les assureurs refuseront d'être tenus pour responsables si les règlements ne sont pas distribués proportionnellement entre les personnes concernées.
- Je suis conscient que les informations contenues dans ce formulaire seront transmises au service de traitement des sinistres d'Linkham Services ou seront utilisées par ce service pour mon assurance ; cela comprend la souscription, le traitement, la gestion des demandes d'indemnisation et la prévention de la fraude, ainsi que l'éventuelle transmission d'informations à des agents ou d'autres assureurs.
- J'autorise le service de traitement des sinistres d'Linkham Services à contacter mes assureurs maladie et habitation ou d'autres assureurs voyage concernant une éventuelle contribution.

Lu et approuvé (TOUTES les personnes qui demandent une indemnisation doivent signer)

Nom des demandeurs	Signature des demandeurs	Date de naissance	Date

Certificat médical

Linkham Services
Unit/Office 36, 88-90 Hatton Garden
London, EC1N 8PN

Réf. Sinistre:

Ce certificat doit être rempli par le médecin traitant de la personne dont la maladie ou la blessure a donné lieu à la demande d'indemnisation.

Attention !

- Tous les frais occasionnés par la rédaction de ce certificat médical sont à la charge de l'assuré et ne sont pas remboursables au titre du contrat d'assurance.
- Merci de répondre à toutes les questions.
- Ces informations feront l'objet d'un traitement privé et confidentiel.
- Les certificats ne contenant pas les informations spécifiques requises ne seront pas suffisants.

1. Nom complet de la personne dont l'état de santé a donné lieu à la demande d'indemnisation :

2. Date de naissance : / /

3. Êtes-vous le médecin traitant de la personne nommée au point 1 ? OUI NON

(a) Si oui, depuis combien de temps ?

(b) Si non, quel est votre rôle dans cette affaire ?

4. Indiquez la nature précise de : l'état pathologique, la maladie, ou la cause de décès ayant donné lieu à cette demande d'indemnisation.

En cas d'accident, expliquez les circonstances et les suites

En cas de décès, expliquez les circonstances

5. Le patient avait-il déjà subi le même problème de santé ou un problème similaire par le passé ? OUI NON

6. (a) Précisez la date exacte de l'apparition de l'état de santé indiqué au point 4. / /

(b) Date de la première consultation. / /

(c) Date d'une grave détérioration, si tel fut le cas. / /

7. Veuillez indiquer, en détail, les pathologies ou affections médicales, y compris celles qui sont considérées comme préexistantes qui sont considérées comme préexistantes ou permanentes, qui ont été diagnostiquées ou traitées, et pour lesquelles des médicaments ont été prescrits, des consultations pour avis d'expert ont été effectuées, ou un traitement avec hospitalisation a été suivi, au cours des 24 derniers mois. Veuillez également indiquer, en détail, les affections pour lesquelles un traitement a été refusé.

8. Durée de la période d'arrêt de travail s'il y a lieu

9. La personne mentionnée au point 1 a-t-elle été diagnostiquée en phase terminale ? OUI NON

Si oui, à quelle date le diagnostic a-t-il été donné ? (b) au demandeur, si ce n'est pas la même personne.

(a) à la personne mentionnée au point 1 ci-dessus

10. Si le sinistre résulte d'une grossesse, merci de

(a) la date à laquelle la grossesse fut confirmée / / (b) la date des dernières menstruations / /

(c) la date présumée de / /

11. (a) Si elle faisait partie du voyage, la personne désignée au point 1 vous a-t-elle demandé conseil afin de déterminer s'il était raisonnable pour elle d'entreprendre ce voyage ? Si oui, précisez la date. OUI NON / /

(b) Si la personne nommée au point 1 faisait partie du voyage, diriez-vous qu'elle était apte à voyager à la date du OUI NON

12. Êtes-vous prêt à certifier que, au motif exclusif de l'état de santé décrit au point 4 ci-dessus, les demandeurs sont contraints d'annuler leur voyage ? OUI NON

À remplir par le médecin traitant

J'ai examiné la personne désignée au point 1 et/ou j'ai consulté son dossier médical et je déclare que les informations fournies sont exactes et qu'aucun détail présentant un intérêt n'a été omis.

Nom (en majuscules)

Qualifications

Adresse

Tampon du cabinet

Signature

Date