

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

8a. Avez-vous souscrit à une mutuelle, une assurance accidents corporels ou toute autre assurance voyage (assurance incluse dans votre carte de crédit) ?

OUI

NON

8b. Si oui, merci de remplir les champs ci-dessous et de joindre une copie de votre contrat d'assurance

N° du contrat

Adresse de la compagnie

Date de renouvellement

Nom de la compagnie d'assurance

9. Vous êtes-vous procuré un formulaire E111 du Ministère de la santé avant votre voyage ?

OUI

NON

Avez-vous fait une demande d'indemnisation en vertu de l'E111 et avez-vous obtenu un remboursement ?

OUI

NON

Si Oui, quel est le montant du remboursement ? (Veuillez joindre un justificatif)

10. Sinistre antérieurs

a. Avez-vous déjà fait des déclarations concernant des frais médicaux engagés à l'étranger ?

OUI

NON

b. Si oui, merci de donner des précisions ci-dessous :

11. État de santé

Au moment de réserver votre voyage, est-ce que l'un de vos proches, un membre de votre entourage, ou toute personne dont votre voyage dépendait ou vous-même étiez :

A. au courant d'un état pathologique ou d'une série de circonstances qui aurait pu vraisemblablement

OUI

NON

B. Pouvez-vous affirmer, concernant l'un de vos proches, une personne dont votre voyage dépendait (y compris des personnes ne faisant pas partie de votre famille) ou vous-même :

i) qu'un état pathologique persistant (ou toute complication médicale directement imputable à cet état de santé) a été diagnostiqué par un médecin au cours des 12 derniers mois ?

OUI

NON

ii) qu'il existait un état pathologique (autre qu'une maladie bénigne) pour lequel des médicaments ou un traitement ont été prescrits par un médecin pendant les 90 jours précédant immédiatement la période d'assurance ?

OUI

NON

iii) qu'une hospitalisation a eu lieu au cours des 12 derniers mois ou que la personne concernée figurait sur une liste d'attente pour une opération, une consultation ou un diagnostic ?

OUI

NON

iv) qu'un accouchement était prévu avant ou au cours des 8 semaines suivant la date du retour à domicile ?

OUI

NON

v) que le voyage était contraire à l'avis d'un médecin ou qu'il a été effectué dans le but d'obtenir un traitement médical ?

OUI

NON

vi) que la personne en question a été diagnostiquée en phase terminale ?

OUI

NON

Avez-vous obtenu un courrier de votre médecin concernant l'une des situations ci-dessus ? Si oui, merci de joindre une copie de ce courrier.

OUI

NON

Si vous avez répondu oui à l'une des questions ci-dessus, merci de donner plus de détails sur l'état pathologique ou les circonstances :

12. Comptez-vous recevoir ou allez-vous demander des indemnités

OUI

NON

Si oui, veuillez donner de plus amples explications sur une feuille séparée.

Remarques importantes

i) Comme le stipulent les Conditions générales, toute déduction de franchise applicable à chaque demande doit être payée avant de régler les dépenses détaillées en question 7. Si ces dépenses ont été payées à l'hôpital ou au médecin à l'étranger, veuillez joindre le justificatif. Sinon, une somme payable à Linkham Services, représentant le montant de la franchise, doit être envoyée avec ce formulaire.

ii) Le paiement des dépenses acceptables est généralement effectué en faveur du demandeur. Si vous souhaitez que le règlement soit effectué en faveur d'une autre personne, veuillez fournir ses coordonnées.