

Formulaire de Notification



Référence de notification de la réclamation :

(Réservé au bureau)

Informations personnelles :

Nom :

Type de réclamation :

Date :

Adresse :

Numéro de contact :

Adresse électronique :

Informations importantes/Et maintenant ?

1. Veuillez compléter le formulaire de réclamation ci-joint
2. Veuillez ajouter toute note ou tout commentaire supplémentaire au dos de ce formulaire
3. Veuillez répertoriez les documents utiles qui seront joints à ce formulaire de réclamation :
(Veuillez vous référer au document « Preuves des réclamations » fourni lors de l'achat de votre police).

a)

b)

c)

d)

e)

f)

Formulaire de Notification



4. Veuillez envoyer le formulaire de réclamation complété ainsi que toutes les pièces jointes à :

Intana
Sussex House
Perrymount Road
Haywards Heath
RH16 1DN
United Kingdom

Information sur la police :

Numéro de police :

Souscrite auprès de :

Type de police :

Dates couvertes :

Garantie
supplémentaire :

Troubles médicaux :

Endossement :

Formulaire de Notification



Informations personnelles sur la personne effectuant la réclamation :

Nom complet :	Date de naissance :	Profession :	Nationalité :	Lieu de naissance :

Informations sur le voyage :

Date de réservation du voyage :

Date de départ :

Date de retour :

Pays :

But du voyage :

Formulaire de Notification



Sur quoi porte votre réclamation :

Montant : € _____

Formulaire de réclamation

Annulation



Raison de l'annulation – UN SEUL choix possible



Décès

Maladie

Blessure

Non-médical

Si l'annulation a été provoquée par une personne ne voyageant pas avec vous et non assurée par votre police, veuillez indiquer la nature de votre relation avec cette personne :

Si la raison de l'annulation est médicale, vous DEVEZ faire compléter le certificat médical joint par le médecin traitant de la personne ayant provoqué l'annulation du voyage.

- 1) Date et heure à laquelle vous avez su que vous deviez annuler vos vacances ___/___/___
Heure : _____
- 2) Date et heure à laquelle vous avez informé l'agence de voyage ou le tour-operator de l'annulation de vos vacances : ___/___/___
Heure : _____
- 3) Détails des frais et coûts d'annulation de vos vacances
 - Tarif global des vacances
 - Réservations indépendantes
 - Prix des billets : € _____
 - Frais de logement : € _____
 - Excursions pré-réservées : € _____
 - Autres frais (par ex., place de stationnement, hôtel à l'aéroport, transferts) : € _____
 - Remboursements reçus ou promis : € _____
 - Montant total réclamé : € _____

Veuillez indiquer le moyen de paiement utilisé pour régler vos vacances (liquide, carte de crédit, carte de débit) En cas de paiement par carte de crédit, veuillez fournir la copie de la confirmation de paiement.

Formulaire de réclamation Annulation



4) Nom et date de naissance de toutes les personnes ayant annulé le voyage :

Titre	Nom complet	Date de naissance	Profession

5) .Veuillez détailler les raisons de l'annulation :

Veuillez renseigner les éléments suivants, s'ils sont liés à la cause de l'annulation :

a) **Licenciement :**

Date de notification du licenciement : ___/___/___

Date d'entrée en vigueur du licenciement : ___/___/___

Année d'embauche dans la société : _____

Veuillez indiquer si vous avez perçu une prime de licenciement :

Oui Non

Formulaire de réclamation Annulation



Vous devez envoyer L'ORIGINAL de la lettre de licenciement de votre employeur.

b) Accident de la route :

Date de l'accident :

___/___/___

Lieu :

Numéro du rapport de
police :

Marque du véhicule :

Modèle du véhicule :

Nom et adresse de
l'assureur du tiers :

Vous devez joindre L'ORIGINAL du rapport de police de l'accident susmentionné.

c) Blessure au travail (ou similaire):

Date de notification de l'incident :

___/___/___

Nom de la société :

Adresse de la société :

Nom et adresse de
l'assureur de la société :

Vous devez envoyer L'ORIGINAL de la lettre ou du rapport de votre employeur confirmant les détails de l'incident.

Possédez-vous un compte ou une carte bancaire vous offrant une assurance voyage complémentaire couvrant les circonstances de votre réclamation ?

Oui Non

Formulaire de réclamation Annulation



Si **Oui**, veuillez indiquer les informations suivantes :

Numéro de carte :

Banque émettrice :

Type de carte (Gold, Platinum, Standard) :

Avez-vous présenté une réclamation à un tiers ?

Oui Non

Si **Oui**, veuillez détailler :

Existe-t-il une autre police susceptible de couvrir les circonstances de votre réclamation ?

Autres polices, Barclayscard, Amex

Oui Non

Si **Oui**, veuillez détailler:

Si la réclamation fait suite à une blessure, veuillez indiquer les éléments suivants :

Une brève description des circonstances ayant conduit à l'accident

6) En cas d'implication d'une tierce partie, indiquez ses nom et adresse et ses détails d'assurance, si vous les connaissez

7) Au cas où vous effectueriez une réclamation pour détériorations contre une tierce partie, veuillez indiquer les nom et adresse de tout avocat éventuellement nommé ainsi que leur numéro de référence

8) Si aucun tiers n'a été impliqué, veuillez indiquer clairement à qui ou à quoi revient la faute, et pourquoi

Formulaire de réclamation Annulation



Merci d'indiquer ci-dessous vos coordonnées bancaires :

Spécifiez le nom du bénéficiaire :

Nom de la banque :

Nom de l'agence :

Numéro IBAN :

Code SWIFT (BIC) :

Numéro de compte :

Titulaire du compte :

Type de compte (courant, Gold, Platinum)

Déclaration IMPORTANT – En cas d'absence de signature, votre formulaire de réclamation vous sera renvoyé.

Je déclare que les indications ci-dessus sont vraies et correctes en vertu de mes connaissances et de mes convictions. Je n'ai dissimulé délibérément aucune information qui soit liée à cette réclamation. J'accepte de fournir à l'assureur toute information supplémentaire pouvant être raisonnablement nécessaire. Je comprends que l'assureur ne reconnaît pas de responsabilité par la seule émission de ce formulaire.

AVERTISSEMENT – toute réclamation frauduleuse ou délibérément exagérée constitue un délit. Nous menons une enquête pour tous les cas. Toute personne soupçonnée de fraude est dénoncée à la police, avec laquelle nous collaborons systématiquement.

DATA PROTECTION ACT

Le secteur de l'assurance mène un certain nombre d'initiatives contre la fraude. À cette fin, les informations fournies dans ce formulaire sont susceptibles d'être stockées électroniquement et d'être partagées avec d'autres organisations. Je comprends que vous pouvez demander de plus amples informations de la part d'autres organisations afin de vérifier les réponses que j'ai fournies.

IMPORTANT

Si une tierce partie est responsable, tous les droits dans la présente affaire sont subrogés aux souscripteurs de l'assurance voyage ou leurs agents concernant tous les règlements relatifs à cette réclamation.

Signature :

Date : ___ / ___ / ___

Certificat Médical



Certificat médical

Doit être complété par un médecin **Merci d'écrire en lettres CAPITALES**

Tous frais versés afin d'obtenir votre certificat médical (concernant l'interruption ou l'annulation due à votre maladie, blessure ou décès) auprès de votre médecin, sont à votre charge, et ne seront pas remboursés par votre assurance.

Important: Le Médecin est respectueusement prié de communiqué autant de détails que possible, afin d'aider nos clients et d'éviter des requêtes complémentaires.

1. Nom du Patient: _____

Date de naissance: _____ / _____ / _____

2. Etes-vous le Médecin traitant du Patient ? **Oui** **Non**

Si **OUI**, depuis combien de temps? _____

Si **NON**, merci d'indiquer les coordonnées du Médecin traitant du Patient:

3a. Merci d'indiquer avec précision le diagnostic concernant la maladie, la blessure, ou la cause du décès:

b. A quelle date le Patient vous a-t-il consulté concernant les symptômes ? _____ / _____ / _____

4. Date du début de la maladie ou blessure: _____ / _____ / _____

5. Date des tests prescrits: _____ / _____ / _____

6. Date des tests effectués: _____ / _____ / _____

7. Date de l'état diagnostiqué: _____ / _____ / _____

8. Date référée au spécialiste: _____ / _____ / _____

9. Nom et adresse du Médecin/Chirurgien: _____

Code Postal: _____

10. Le Patient a-t-il reçu un pronostic de phase terminal?

Oui Non

Si **OUI**, merci d'indiquer la date et le pronostic:

___/___/___

11. Avez-vous déjà traité ou conseillé ce patient à l'égard de la même/semblable maladie ou blessure, comme décrit dans la question 3a ?

Oui Non

Si **OUI**,

a) Indiquez le diagnostic de la précédente maladie ou blessure

b) Indiquez la date à laquelle est apparue la précédente maladie ou blessure, ainsi que le traitement / médicament prescrit

c) Le Patient a-t-il reçu des avis médicaux, traitements, ou médicaments concernant sa condition ou autre condition liée ?

Oui Non

Si **OUI**, merci d'indiquer les détails:

d) Merci d'indiquer toutes conditions médicales actives, la date du diagnostic et les détails des médicaments le cas échéant :

12. Ce Patient a-t-il été traité par un autre Médecin pour la même/semblable/maladie ou blessure liée comme indiqué dans la question 3a ?

Oui Non

Si **OUI**, merci d'indiquer le nom et adresse du Médecin :

Code Postal

13. Le Patient a-t-il été reçu un traitement hospitalier pour tout symptôme au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Si **OUI**, merci d'indiquer les détails et la date du traitement :

___/___/___

14. Grossesse UNIQUEMENT

Date des dernières règles :

___/___/___

Date de la confirmation de la grossesse :

___/___/___

Estimation de la date d'accouchement :

___/___/___

Etat de santé exact durant la grossesse :

15. Le Patient demande t-il l'annulation du voyage en référence avec les conditions décrites dans la question 3a ?

Oui Non

16. A quelle date a-t-il été conseillé au Patient d'annuler son voyage ?

___/___/___

17. Si les dates aux réponses 7 et 16 diffèrent, merci d'en indiquer la raison:

18. Le Patient a-t-il décidé de voyager à l'encontre de votre avis médical ?

Oui Non

