

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.

1. 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.

2. 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.

3. 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

