

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 :

OSG
Merrion Hall
Strand Road
Sandymount
Dublin 4
Ireland

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 Profession :	Nationalité :	Lieu de naissance :	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 Frais médicaux et Interruption



Veillez **COCHER** la case correspondante

Maladie Blessure

1. Date et heure de l'apparition de la maladie/de la blessure : ___/___/___ H___

2. Pays d'apparition de la maladie/blessure : _____

3. Description exacte/diagnostic de la maladie ou de la blessure:

4. Antécédents médicaux

Avez-vous déjà souffert de la condition donnant lieu à cette réclamation ou de toute condition liée avant de souscrire l'assurance ou de réserver votre séjour, ou avant de voyager ?

Oui Non

Si **Oui**, veuillez faire compléter le certificat médical joint par votre médecin traitant

5. Détails de l'hôpital/de la clinique où le traitement a eu lieu :

Nom : _____

Adresse : _____

Téléphone : (si connu) _____

Nom du médecin : (si connu) _____

Formulaire de réclamation Frais médicaux et Interruption



6. En cas d'hospitalisation, veuillez renseigner les éléments suivants :

Date d'admission : _____ / _____ / _____

Date de sortie : _____ / _____ / _____

Avez-vous contacté la société d'assistance médicale, comme spécifié dans votre police ? Oui Non

Si vous avez répondu **Non**, veuillez expliquer pourquoi la société d'assistance médicale n'a pas été contactée :

Si Oui Oui, veuillez indiquer la date de votre premier appel : _____ / _____ / _____

Personne ayant répondu et numéro de référence : _____

Aviez-vous votre CEAM avec vous ? Oui Non

L'avez-vous présentée au docteur/à l'hôpital ? Oui Non

a) Êtes-vous titulaire d'une assurance médicale privée ? Oui Non

Si **Oui**, veuillez indiquer le fournisseur, le numéro de police et l'adresse de l'assureur:

Formulaire de réclamation

Frais médicaux et Interruption



Veillez répertorier les frais médicaux réclamés :

Veillez répertorier les frais réclamés et le traitement reçu	Monnaie du paiement et montant	Reçu joint	Indiquez la personne à laquelle effectuer le paiement
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	

Interruption – Veillez renseigner cette section **UNIQUEMENT** si vous êtes revenu à votre domicile plus tôt que prévu

Raison de l'interruption :

Maladie Blessure Maladie/blessure/décès d'un proche Autre

Raison de l'interruption :

Formulaire de réclamation

Frais médicaux et Interruption



Si l'interruption est due à la maladie, la blessure ou le décès d'une personne ne figurant pas sur votre police, veuillez préciser votre relation avec elle :

Date de votre retour :

___/___/___

Nombre de jours complets non utilisés :

Étiez-vous accompagné ?

Oui Non

Si Oui Oui, par qui ?

Avez-vous contacté la société d'assistance médicale d'urgence, comme spécifié dans votre police ?

Oui Non

Si vous avez répondu Non, veuillez expliquer pourquoi la société d'assistance médicale d'urgence n'a pas été contactée :

Si **Oui Oui**, veuillez indiquer la date de votre premier appel :

Personne ayant répondu et numéro de référence :

Avez-vous contacté la compagnie aérienne/ferroviaire/navale pour réorganiser les dates de voyage ?

Oui Non

Formulaire de réclamation

Frais médicaux et Interruption



Veillez remplir le tableau ci-dessous et répertorier les frais supplémentaires engagés afin de rentrer à votre domicile :

Veillez répertorier les frais réclamés et le traitement reçu	Monnaie du paiement et montant	Reçu joint	Indiquez la personne à laquelle effectuer le paiement
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	
		Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/>	

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

Oui Non

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

Formulaire de réclamation Frais médicaux et Interruption



Si **Oui**, veuillez détailler :

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

1. Une brève description des circonstances ayant conduit à l'accident

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

3. 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 son numéro de référence

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

Formulaire de réclamation Frais médicaux et Interruption



Si votre demande est acceptée, 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



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: _____

Certificat Médical



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 :

Certificat Médical



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

e. Date des dernières règles :

___ / ___ / ___

f. Date de la confirmation de la grossesse :

___ / ___ / ___

g. Estimation de la date d'accouchement :

___ / ___ / ___

h. Etat de santé exact durant la grossesse :

i.

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:

Certificat Médical



18. Le Patient a-t-il décidé de voyager à l'encontre de votre avis médical ? Oui Non Si OUI, merci de préciser:

Je certifie sur l'honneur que les déclarations contenues dans ce certificat médical sont vraies et exactes

Signature du Médecin:

Date:

_____ / ____ / ____

Nom du Médecin:

Spécialisation:

Adresse Postale:

Code Postal:

Téléphone professionnel:

Numéro de fax:

Téléphone portable:

Adresse e-mail:

Cachet certifié: