

ASSURE

NOM			N° sinistre	
ADRESSE				
TELEPHONE	privé	professionnel	gsm	
ADRESSE e-mail	adresse	<input type="checkbox"/> Bâloise peut utiliser cette adresse pour toute demande complémentaire relative à ce dossier		
BANQUE / IBAN	Banque	L	U	

CONTRAT - INTERMEDIAIRE

CONTRAT	N°	<input type="checkbox"/> SécherWUNNEN <input type="checkbox"/> Autre :
INTERMEDIAIRE	N°	Nom

VOYAGE OBJET DE LA DECLARATION

Organisme de voyage ou de location			
Destination			
Dates du voyage	d'inscription	début prévu	fin prévue
Nom(s), Prénom(s) des participants assurés			

CIRCONSTANCES DU SINISTRE

Objet de la déclaration	<input type="radio"/> Remboursement des frais administratifs de modification de voyage <input type="radio"/> Annulation de voyage <input type="radio"/> Rapatriement des bagages envoyés anticipativement <input type="radio"/> Retour anticipé (interruption d'un voyage avant le terme prévu)
Si l'objet de la déclaration résulte d'une maladie, d'un accident ou d'un décès	Cause <input type="radio"/> Maladie grave imprévue <input type="radio"/> Décès <input type="radio"/> Accident Personne concernée Nom - Prénom Si cette personne n'est pas assurée : ► lien de parenté avec l'assuré ► adresse
Si l'objet de la déclaration résulte d'une autre cause, indiquer la cause	
En cas d'annulation de voyage	► A quelle date l'événement générateur a-t-il eu lieu ? ► A quelle date avez-vous annulé le voyage ? motif du retard si l'annulation n'a pas été demandée immédiatement
Avez-vous d'autres assurances couvrant l'annulation de voyage ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - Compagnie(s) - type d'assurance et N° de police :

PIECES A JOINDRE

- Contrat de voyage Preuve d'acquiescement du prix du voyage en cas de décès, certificat de décès
- en cas d'annulation de voyage, facture définitive d'annulation de l'organisateur de voyage
- dans le cas d'une maladie ou d'un accident, veuillez faire remplir le rapport médical ci-dessous par un médecin.
- autres pièces ou factures justificatives :

REMARQUES EVENTUELLES

Fait à		le	Signature de l'assuré
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>

RAPPORT MEDICAL

Nom du patient	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
▶ <u>Objet de la consultation du patient :</u>	<input type="radio"/> Maladie <input type="radio"/> Accident	Date de la consultation	<input type="text"/>
Diagnostic précis de la maladie ou description des conséquences de l'accident			
<input type="text"/>			
▶ <u>Selon vous, son état de santé permet-il de justifier la renonciation au voyage projeté par le patient ?</u> <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui			
▶ <u>Dans le cas d'une maladie :</u> S'agit-il :			
<input type="radio"/> d'une maladie chronique <input type="radio"/> d'une maladie chronique qui s'est aggravée brutalement			
Depuis quand le patient souffre-t-il de cette maladie ?			<input type="text"/>
<input type="radio"/> d'une maladie qui vient de se déclarer			
▶ <u>Suite à sa maladie ou à son accident, le patient a-t-il du être hospitalisé ?</u> <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - à partir de quand			
			<input type="text"/>
▶ <u>A partir de quelle date était-il à prévoir que le patient devait renoncer au voyage du fait de son état de santé ?</u>			
			<input type="text"/>
Remarques éventuelles du médecin			
<input type="text"/>			
Fait à		le	Signature et cachet du médecin
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>