



## Renseignements relatifs au voyage

Agence de voyage Nom : .....

Personne de contact : .....

N° de téléphone : ..... Fax : .....

Tour-opérateur Nom : .....

Données liées à l'assurance annulation si incluse dans le voyage : .....

Voyage Date de réservation :   /   /     Date d'annulation :   /   /

Date de départ :   /   /     Date de retour :   /   /

Destination : .....

Prix total du voyage : ..... EUR Frais d'annulation : ..... EUR

## Renseignements relatifs au voyage

Nom de la personne : .....

Parenté avec l'assuré : .....

### Motifs d'annulation

maladie  accident  décès  grossesse  autre : .....

## Informations concernant un éventuel recours

Possibilités d'indemnisation et actions déjà entreprises : .....

Existe-t-il un droit de recours vis-à-vis d'une tierce partie ?  Oui  Non

Avez-vous déjà entrepris une action en ce sens ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ? .....

## Documents à joindre

- Copie du contrat de voyage
- Confirmation du voyage du tour- opérateur.
- certificat médical appuyant l'annulation et le questionnaire médical.
- En cas de décès: copie de l'acte de décès.
- Tout autre document justifiant votre demande remboursement.
- La facture originale du tour-opérateur avec les frais d'annulation.

**Le soussigné déclare avoir, autant que possible répondu correctement et honnêtement aux questions et n'avoir occulté aucune particularité liée à ce sinistre.**

### Date + signature de l'assuré (titulaire de la carte)

/   /

Votre dossier ne sera traité qu'après réception de la déclaration de sinistre correctement complétée, des notes de frais originales et des justificatifs requis. Veuillez renvoyer le document complété, accompagné des autres annexes requises

- soit **par mail** à : [claims-ipa@ip-assistance.com](mailto:claims-ipa@ip-assistance.com)
- soit **par la poste** à l'adresse suivante :  
AXA Assistance - c/o carte premiumplus d'AXA  
Avenue Louise 166/1 - B-1050 Bruxelles

**Cachet de l'agence de voyage**



Attestation médicale à envoyer par le médecin traitant au médecin-conseil d'Inter Partner Assistance.

Assureur : AXA Assistance - Avenue Louise 166/1 - B-1050 Bruxelles
N° de téléphone: + 32 2 550 05 45 - E-mail: claims-ipa@ip-assistance.com

Informations concernant le voyageur

Nom : ..... Prénom : .....

Date initiale de l'incapacité de voyager : [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

Motifs de l'annulation : [ ] maladie [ ] accident [ ] grossesse

Concernant le patient

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

Description précise du diagnostic, motifs de l'annulation

Diagnostic

Nature des soins :

Examens réalisés :

Nature de la médication et du traitement :

Première date d'examen du patient : [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

Date de la dernière consultation : [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

Date à laquelle le patient a été informé de l'incapacité de voyager : [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

Sortie

[ ] Autorisée [ ] Interdite : [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ] au : [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

Faut-il arrêter les activités ?

[ ] Non [ ] Oui, du : [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ] au : [ ][ ] / [ ][ ] / [ ][ ][ ][ ]

### Le patient a-t' il été hospitalisé ?

Non  Oui, du :  /  /  au :  /  /

### Le patient a-t' il déjà été traité dans le passé pour la même affection ?

Non  Oui, du :  /  /  au :  /  /

### Antécédents

#### Médicaux

#### Chirurgicaux

### En cas de grossesse

Date de la confirmation de la grossesse :  /  /

Date prévue pour l'accouchement :  /  /

### Communications supplémentaires

#### Date

/  /

#### Cachet

#### Signature du médecin