

Demande de remboursement des frais d'annulation de voyage / interruption de déplacement

Dossier n° _____

Pour nous permettre de traiter rapidement votre dossier, merci de renseigner très précisément ce formulaire et de joindre tout les justificatifs indiqués.

IDENTITE ET COORDONNEES DE L'ASSURE QUI ANNULE/INTERROMPT LE VOYAGE				
Nom Prénom :		Numéro de Carte Business Platinum American Express:		
Adresse :	Téléphone :			
	E-mail :			
IDENTITE ET COORDONNEES DES PERSONNES ASSUREES PARTICIPANT AU VOYAGE INITIALEMENT PREVU				
Nom(s) Prénom(s) :	Adresse :	Lien de parenté avec l'assuré	Date de naissance	Voyage annulé?
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

LE VOYAGE OU SEJOUR ANNULE / INTERROMPU			
Nom et adresse de l'agence :	Voyage acheté le :	Formule du voyage acheté: <input type="checkbox"/> Forfait <input type="checkbox"/> Hébergement seul	
Nom de l'organisateur :		<input type="checkbox"/> Transport seul <input type="checkbox"/> Croisière	
Destination :	Date début et fin Du: Au:	Date d'annulation auprès de l'agence :	Prix Total du Voyage des personnes ayant annulé :
Acompte versé le :	Versement du solde le :	Montant des frais d'annulation facturés par l'organisme du voyage:	Voyage réglé en intégralité par carte American Express : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Montant en € :	Montant en € :		
Pour l'interruption, avez-vous contacté AXA Assistance ? : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Si oui, date et heure de l'appel et/ou numéro de dossier :	Dans le cas contraire, merci d'en préciser la raison :	
Si vos billets d'origine n'ont pas pu être modifiés pour assurer votre retour, merci d'en préciser la raison.			

En cas de réservation de billet d'avion sans hébergement, **vous devez**, dans le cas où la compagnie aérienne ne prévoit pas de remboursement total ou partiel de ce billet, **nous remettre le coupon de vol original**.

ANNULATION pour cause d'atteinte corporelle grave		
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Décès
Identification de la personne à l'origine de l'annulation/interruption		
<input type="checkbox"/> L'assuré	Age :	Profession :
<input type="checkbox"/> Une autre personne	Nom :	Prénom :
Age :	Adresse :	
Date de la 1 ^{ère} manifestation de la maladie ou date de l'accident :		
Date de la 1 ^{ère} constatation par un médecin :		
Date à laquelle la contre-indication médicale du voyage s'imposait :		
Hospitalisation	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Du : au :
Arrêt de travail	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Du : au :
En cas d'accident, expliquez dans le détail les circonstances et ses suites :		
Un tiers est-il responsable? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
Nom :	Prénom :	Adresse :
Coordonnées de son assureur de responsabilité civile (Joindre le procès-verbal ou le constat d'accident) :		
ANNULATION/INTERRUPTION pour autre cause		
Motif précis de l'empêchement (Joindre tout document officiel justifiant votre demande):		

Vous perdrez tout droit à remboursement, en cas d'omission délibérée ou de fausse déclaration intentionnelle sur les circonstances du sinistre. En outre, toute fraude caractérisée peut entraîner des poursuites pénales contre son auteur.

Certifié sincère et véritable : A _____ le _____	Signature de l'assuré
---	-----------------------

CERTIFICAT MEDICAL CONFIDENTIEL
A la demande du patient auprès de son médecin
A retourner sous pli confidentiel.

N° de dossier :

Concernant M., Mme, Mlle : _____

Né(e) le : / /

Le Directeur Médical de la Société souhaite connaître :

- Les manifestations pathologiques à l'origine de l'annulation/interruption du voyage, s'il s'agit d'un accident préciser les circonstances :

- La date de la première manifestation de l'affection qui a contre-indiqué le voyage :

- Traitements suivis pour l'affection en cause (préciser le nom des médicaments) :

- Dates et traitements antérieurs suivis pour cette affection :

- Dates et examens prescrits pour cette affection :

- Périodes d'arrêt de travail, s'il y a lieu :

- Dates et durée de l'hospitalisation, s'il y a lieu :

- Observations éventuelles :

Nom et cachet du médecin

Date et signature du médecin

Les informations qui vous sont demandées dans le présent document sont indispensables au traitement de votre demande d'annulation. Ce document dûment rempli et signé par le médecin traitant, remis en main propre à l'intéressé et rédigé à sa demande, est à renvoyer, sous pli confidentiel, à l'attention du Directeur Médical. Ces informations sont destinées à l'usage de notre Société et peuvent donc donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification prévu par l'article 32 de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 auprès du service médical du groupe AXA Assistance.

Documents à joindre impérativement à votre demande de remboursement :

- Questionnaire joint dûment rempli et signé.
- Certificat médical initial descriptif délivré par le médecin traitant du patient ou le certificat de décès selon le cas.
- Si l'annulation est due à un licenciement économique, nous avons besoin d'un courrier de votre ancien employeur confirmant que vous avez été licencié et que vous avez droit à des indemnités de licenciement, et indiquant le poste que vous occupiez et votre ancienneté.
- Tout document justifiant votre lien de parenté avec les personnes vous accompagnant lors de ce voyage ou dont l'état de santé est à l'origine de votre désistement.
- La facture initiale et détaillée du voyage acquittée.
- Copie du relevé de dépenses justifiant l'achat du voyage par le débit du compte-carte AMERICAN EXPRESS.
- l'original de la facture des frais d'annulation émise par l'organisateur du voyage et acquittée par le bénéficiaire et / ou une attestation originale de la Compagnie aérienne annonçant le remboursement des taxes d'aéroport.
- Copie des titres de transport non utilisés s'ils ont été émis
- Un relevé d'identité bancaire récent faisant apparaître clairement les codes IBAN et SWIFT/BIC.

Veillez envoyer votre demande de remboursement dûment remplie et signée, accompagnée des documents nécessaires mentionnés, ci-dessus, à l'adresse suivante :

AXA ASSISTANCE
Service Gestion Assurances Voyages American Express
BP 70068
77214 AVON CEDEX