

DECLARATION DE SINISTRE

Assurance Assistance LuxairTours

À compléter s.v.p. soigneusement et renvoyer à:

DKV Luxembourg S.A. | 11-13, Rue Jean Fischbach | L-3372 LEUDELANGE | assistance@dkv.lu

N° de réservation LuxairTours

1. Informations sur la présente demande de remboursement

Il s'agit d'une demande de remboursement en rapport avec

- une maladie/un accident à l'étranger
 un retour anticipé pour cause de maladie ou de décès d'un proche parent dans le pays de résidence

Autres:

2. Données personnelles de la personne malade/blessé

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance
		<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m	JJ/MM/AAAA
N° Rue			
Pays	Code postal	Localité	Téléphone
E-Mail			GSM
N° matricule		Coordonnées bancaires pour le remboursement	

3. Détails sur le voyage

Date de réservation	Date du départ	Date du retour
JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA	JJ/MM/AAAA
Destination		

4. Information sur la maladie/l'accident

Date des premiers soins	Type de traitement
JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> hospitalisation
Nom, adresse du médecin traitant/de l'hôpital	
Traitement stationnaire	
du JJ/MM/AAAA	au JJ/MM/AAAA
Description de la maladie (diagnostic)/de l'accident	
Y-a-t-il un lien avec une maladie antérieure?	
<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Si oui, avec laquelle?	

Une prolongation de la période de voyage initialement réservée a-t-elle été nécessaire? Veuillez indiquer les frais au point 7.

oui non Si oui, jusqu'à quelle date? _____

S'agit-il d'un accident? _____ Date de l'accident _____ JJ/MM/AAAA _____ Lieu de l'accident _____

oui non

Y-a-t-il eu intervention des forces de l'ordre? _____ Si oui, veuillez marquer s.v.p. le nom de l'autorité et numéro du procès verbal _____

oui non

L'accident a-t-il été causé par une tierce personne? _____ Si oui, veuillez fournir des informations sur le responsable de l'accident (nom, adresse) _____

oui non

Description des circonstances de l'accident

5. Informations sur la personne malade ou décédée dans le pays de résidence (le cas échéant)

Nom _____ Prénom _____ Sexe f m Date de naissance _____ JJ/MM/AAAA

N° | Rue _____

Pays _____ Code postal _____ Localité _____ Lien de parenté _____

Date du décès (si applicable/veuillez ajouter l'acte de décès) _____ JJ/MM/AAAA

6. Information complémentaire

Existe-t-il une couverture complémentaire d'une caisse de maladie, d'un autre organisme de prévoyance (p.ex. CMCM) et/ou d'un autre assureur?

oui non Si oui, veuillez s.v.p. indiquer? _____

Adresse de la société _____

N° de membre ou de police _____

7. Récapitulatif des frais réclamés

Veuillez s.v.p. énumérer ci-dessous les frais que vous réclamez.

Date de facturation	Émetteur de la facture	Motif de la facture	Montant	Montant payé par une autre institution
JJ/MM/AAAA				

Veuillez joindre à cette demande les documents suivants:

- Décompte de la Caisse de maladie et/ou d'autres assureurs
- Copies des factures des médecins/ordonnances de médicaments
- Rapports médicaux
- En cas d'accident, le protocole officiel des autorités locales
- Factures de prolongation de l'hôtel/réservation de vol/taxi (le cas échéant)
- Acte de décès (le cas échéant)

Je certifie avoir fourni les informations ci-dessus conformément à la vérité et en toute bonne foi. Par la présente, je cède à la DKV Luxembourg S.A. les éventuels droits à l'encontre de ma caisse de maladie légale/assurance privée.

LALUX Assurances traitera les données personnelles de l'assuré conformément à la Politique de protection des données personnelles disponible à l'adresse <https://www.lalux.lu/fr/protection-des-donnees-1/politique-de-protection-des-donnees-personnelles>

Lieu _____

Date _____ JJ/MM/AAAA

Signature de la personne assurée
(pour les mineurs, signature du tuteur légal)
