

ANNULATION DE VOYAGE POUR RAISON MÉDICALE OU DÉCÈS

1. COORDONNÉES DE L’AFFILIÉ(E)

Nom et prénom

Date de naissance

Matricule CMCM

N° et rue

Code postal

Lieu

Pays

2. DÉTAIL DU VOYAGE

Date de réservation du voyage

DESTINATION

Date de départ

Pays

Date de retour

Ville

Date d’annulation

Prix total du voyage

€

DÉJÀ PAYÉ

Avance

Montant

€

Date

Solde

Montant

€

Date

Frais d’annulation

€

3. AFFILIÉS PARTICIPANT AU VOYAGE

Nombre d’affiliés qui annulent le voyage

Nom et prénom

Date de naissance

Lien de parenté avec l’affilié principal

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

4. CAUSE DE L’ANNULATION

a. Quelle personne est à l’origine de l’annulation (maladie, accident, hospitalisation)?

Nom et prénom

Date de naissance

N° et rue

Code postal

Lieu

Pays

Lien de parenté avec l’affilié principal

b. Quelle est la cause de l'annulation

MALADIE

Diagnostic

Date de survenance de la maladie

Si hospitalisation, à quelle date ?

ACCIDENT

Diagnostic

Date de survenance de l'accident

Si hospitalisation, à quelle date ?

DÉCÈS

Date du décès

5. DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE

a. En cas d'événement médical (maladie, accident, hospitalisation)

- Certificat médical
- Document attestant une hospitalisation
- Factures originales des frais de voyage ou d'annulation
- Attestation de remboursement partiel ou de refus de remboursement des organismes de voyage (Tour operator, compagnies aériennes, hôtels, ...)

b. En cas de décès

- Certificat de décès
- Factures originales des frais de voyage ou d'annulation
- Attestation de remboursement partiel ou de refus de remboursement des organismes de voyage (Tour operator, compagnies aériennes, hôtels, ...)

Nous intervenons en complément des prestations d'autres organismes tels que l'organisateur de voyage, la compagnie aérienne, etc.

6. RÉFÉRENCES BANCAIRES POUR LE REMBOURSEMENT

Titulaire du compte courant

Code BIC

Code IBAN

7. DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e)

atteste sur l'honneur la véracité des données transmises et accepte que ces données soient transmises par la CMCM à IMA (Inter Mutuelles Assistance) pour règlement du dossier.

Fait à

le

Signature