

## ANNULATION DE VOYAGE POUR RAISON MÉDICALE OU DÉCÈS

### 1. COORDONNÉES DE L’AFFILIÉ(E)

Nom et prénom

Date de naissance

Matricule CMCM A - 0

N° et rue

Code postal

Lieu

Pays

### 2. DÉTAIL DU VOYAGE

	DESTINATION	
Date de réservation du voyage	Pays	
Date de départ	Ville	
Date de retour	Prix total du voyage	€
Date d’annulation	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

## À compléter par le médecin traitant

### b. Quelle est la cause de l'annulation

#### MALADIE

Description détaillée du diagnostic

Date de survenance de la maladie

Traitement

Si hospitalisation, à quelle date ?

#### DÉCÈS

Date du décès

#### ACCIDENT

Description détaillée du diagnostic

Date de survenance de l'accident

Traitement

Si hospitalisation, à quelle date ?

Cachet du médecin traitant

Fait le

à

Signature

*Le mémoire d'honoraire relatif au présent rapport médical est à charge du patient.*

## 5. DOCUMENTS À NOUS TRANSMETTRE

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