

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