

**DÉCLARATION DE SINISTRE  
ANNULATION / BAGAGES / ACCIDENT / MALADIE**

Agence de voyages : .....

Numéro du contrat : .....

**ASSURÉ**

Nom de l'assuré

.....

Prénom de l'assuré

.....

Date de naissance

..... / ..... / .....

Localité

.....

Code postal

..... - .....

Rue et numéro

.....

Sexe

Feminin

Masculin

Profession

.....

Privé Téléphone

.....

Fax

.....

GSM

.....

Professionnel

.....

.....

.....

Adresse e-mail .....

**REMBOURSEMENT PAR VIREMENT**

Banque

.....

Numéro de compte

.....

IBAN .....

Titulaire du compte :  Assuré  Agence de voyage  Autre :

Nom et prénom : .....

Rue et no : .....

Code postal et localité : .....

.....  
Signature du bénéficiaire

**VOYAGE**

Destination : .....

Date de réservation

..... / ..... / .....

Date d'annulation

..... / ..... / .....

Date du départ

..... / ..... / .....

Date du retour

..... / ..... / .....

En cas d'interruption ou de retardement du voyage :

Date du départ retardé

..... / ..... / .....

Date du retour anticipé

..... / ..... / .....

**FACTURATION**

Prix total du voyage : ..... EUR

Frais d'annulation : ..... EUR

Déjà payé d'avance : ..... EUR

payé le : ..... / ..... / .....

Solde : ..... EUR

payé le : ..... / ..... / .....



## SINISTRE BAGAGES

Lieu du sinistre : .....

Date du sinistre

/  /

**Quel est le déroulement exact du sinistre?**

.....  
.....  
.....

**Informations complémentaires en cas de:**

**Vol:**

Un procès-verbal a-t-il été dressé?  oui  non

Si OUI, numéro du procès-verbal ..... établi par: .....

**Perte ou endommagement des bagages par la compagnie aérienne:**

Est-ce que vous avez été indemnisé par la compagnie aérienne?  oui  non

Si OUI, quel est le montant de l'indemnité? .....EUR

Coordonnées complètes de la compagnie aérienne: .....

**Bagages retardés:**

Délai d'attente: ..... heures

**Endommagement des bagages par un tiers:**

Nom du tiers

Prénom du tiers

Localité

Code postal

-

Rue et numéro

**Relevé et estimation des objets endommagés**

Désignation des objets	Prix d'achat à neuf	Âge des objets	Dégâts présumés
1) .....	.....	.....	.....
2) .....	.....	.....	.....
3) .....	.....	.....	.....
4) .....	.....	.....	.....

**LE BAGAGE ENDOMMAGÉ DOIT ÊTRE CONSERVÉ JUSQU'AU RÈGLEMENT DÉFINITIF DU SINISTRE**  
**Je certifie par ma signature que les déclarations ont été faites de bonne foi**

.....  
Lieu et date

.....  
Signature de l'assuré précédée de «Lu et approuvé»

**À JOINDRE IMMÉDIATEMENT À CETTE DÉCLARATION**

- Contrat de voyage
- Facture de réservation
- Facture de l'agence de voyage
- Facture d'annulation
- En cas d'accident: Certificat médical (selon formulaire au verso), procès-verbal dressé par les autorités compétentes, le cas échéant
- En cas de maladie: Certificat médical (dernière page)
- En cas de décès: Acte de décès et preuve du lien de parenté
- En cas de vol: Attestation de déposition de plainte, procès-verbal dressé par les autorités compétentes
- Autres causes: Documents officiels justifiant la demande

## CERTIFICAT MÉDICAL (À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN TRAITANT)

Numéro du contrat

Nom du patient

Prénom du patient

Localité  Code postal  -

Rue et numéro

Date de naissance  /  /

Date de l'examen médical  /  /

Date de réservation du voyage  /  /

Voyage du  /  /  au  /  /

1. L'état de santé du patient permettait-il à ce dernier d'effectuer ou de poursuivre le voyage prévu?  oui  non

2. S'agissait-il d'une maladie chronique ou préexistante à la date de réservation du voyage?  oui  non

Si oui, l'état de santé du patient, à cette même date :

permettait la réalisation de ce voyage.

contre-indiquait la réalisation de ce voyage.

il était prévisible que l'état de santé nécessiterait un traitement médical en relation avec sa maladie au jour de la réalisation du voyage, empêchant/interrompant ce dernier.

3. En cas de grossesse, date prévue pour l'accouchement?  /  /

4. La maladie relève-t-elle d'une des situations suivantes:  oui  non

- état dépressif et maladie mentale ou nerveuse qui ne se sont pas manifestés pour la première fois à la date de l'examen;

- interruption volontaire de grossesse ne relevant pas d'une urgence médicale;

- suicide ou tentative de suicide;

- état d'ivresse ou d'ébriété, influence de stupéfiants, produits hallucinogènes, drogues ou calmants, usage abusif de médicaments ou effet de médicaments non prescrits par un médecin agréé.

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 et date

Cachet et signature du médecin traitant précédée de  
«Certifié sincère et véritable»

Le mémoire d'honoraire relatif au présent certificat médical est à charge du patient