

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Vous devez annuler la réservation que vous avez effectuée pour vos vacances prochaines.

Nous sommes à vos côtés et mettrons tout en œuvre pour vous permettre d'être indemnisé selon le cadre des garanties.

Les sinistres sont déclarés conformément à l'article L113-2 4° du code des assurances.

**VOTRE DOSSIER SERA CONSTITUÉ:**

**1) d'une déclaration de sinistre, imprimable ci-après, ( document R1 ),**

**qui doit être adressée dans les 5 jours ouvrés** suivant la date de constatation de l'événement provoquant l'annulation.

**2) de pièces justificatives correspondant à chaque motif d'annulation.**

Vous en trouverez la liste sur la feuille de déclaration...

*Si une attestation médicale est demandée, n'utilisez que « l'attestation médicale » imprimable ci-après, ( document R2 ), à défaut de tout autre.*

*Si vous désirez bénéficier du secret médical, demandez à votre médecin traitant de remplir l'attestation et adressez la sous pli confidentiel à : « Monsieur le Médecin conseil » de la Compagnie ».*

**Ces pièces nous seront envoyées sous pli recommandé avec accusé de réception dès que possible à l'adresse suivante :**

**« Assurial-Assurance, BP 40174 – 85105 Les Sables d'Olonne cedex »**

Les dossiers, lorsqu'ils seront complets, seront transmis à la Compagnie ( documents déclaratifs datés et signés, pièces justificatives jointes ).

Le règlement de votre annulation sera effectué lorsque la date initiale de réservation sera écoulée. Il est nécessaire de savoir si la location initiale à été relouée ou non.

Nous restons à votre disposition, et vous prions de croire Madame, Mademoiselle, Monsieur, en l'assurance de notre considération distinguée.

◆ **DECLARATION DE SINISTRE ANNULATION & INTERRUPTION DE SEJOUR - LOC'ASSUR - R1** ◆

( Article L 113-2, 4° du Code des assurances)

A retourner complétée datée et signée par le bénéficiaire de l'assurance dans les 5 jours ouvrables qui suivent la date de désistement, (sauf cas de force majeure) à « Assurial-Assurance bp 40174 – 85105 Les Sables d'olonne cedex »

**<< DANS TOUS LES CAS LES PARAGRAPHERS A & B DOIVENT ETRE COMPLETES >>**

**A) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE RESERVATAIRE :**

Votre Nom ..... Prénom ..... Adresse .....  
Code postal ..... Localité ..... Tél. ....  
Date du désistement : Jour:..... Mois:..... Année:.....  
Motif de l'annulation, de l'interruption ou de la prolongation .....

**B) RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA PERSONNE GENERANT L'ANNULATION :**

identité et adresse complètes de la personne malade, accidentée ou décédée .  
Son Nom ..... Prénom ..... Adresse .....  
Code postal ..... Localité ..... Tél. ....  
Sa date de naissance ..... Lien de parenté avec les assurés (1) .....  
Profession exercée .....

**C) S'IL S'AGIT D'UNE MALADIE : joindre attestation médicale document R2 (2)**

La personne blessée ou malade déclare donner son accord pour que le medecin-expert de la compagnie accède a son dossier médical. Elle s'engage à répondre aux convocations médicales qui pourraient lui être adressées. A défaut ce dossier ne pourra avoir de suite.

Nom de votre médecin ou chirurgien .....  
Adresse ..... Tél. ....  
Code postal ..... Localité .....  
Date de la première constatation médicale .....  
Nature et gravité .....  
Le médecin traitant a-t-il formellement interdit de quitter la chambre ? .....  
Pendant ..... Jours à compter du ..... 1ere ordonnance délivrée le .....  
Par le dr. ....  
Durée de l'hospitalisation ..... Du ..... Au ..... Lieu .....  
Un traitement a-t-il déjà été suivi pour cette même maladie..... Depuis quand .....

**D) S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT : joindre attestation médicale document R2 (2)**

Date de sa première constatation médicale .....  
Nature et gravité des blessures .....  
Durée de l'hospitalisation ..... Du ..... Au ..... Lieu .....  
Nom et adresse du tiers responsable (s'il y a lieu) .....  
causes et circonstances .....

**E) S'IL S'AGIT D'UN DECES :**

Origine et nature ..... Date .....  
( joindre acte de décès et certificat médical précisant l'origine et la nature du décès )

**F) S'IL S'AGIT D'UN AUTRE EVENEMENT :**

- **SINISTRE SUR LOCAUX PROFESSIONNELS OU PRIVES :**

- Attestation de l'expert justifiant de la présence impérative du réservataire ou de son conjoint sur les lieux du sinistre. Dépôt de plainte,

- **BARRAGES ROUTIERS, GREVES ETC. :**

- Attestation d'un organisme officiel. En cas de prolongation de séjours, facture dûment acquittée du loueur,

- **EMPECHEMENT PROFESSIONNEL ADMINISTRATIF OU PRIVE, CURE, CATASTROPHES NATURELLES :**

- Document officiel professionnel ou administratif,

- **DEFAUT OU EXCES DE NEIGE :**

La fermeture des pistes concernant la période de séjour devra être justifiée par la production d'un bulletin d'enneigement délivré par un organisme agréé.

**G) AUTRE EVENEMENT :**

l'assureur se réserve la possibilité de demander tout renseignement ou document qu'il jugera utile a l'instruction du dossier. Tout sinistre trouvant son origine dans un fait connu lors de la souscription de l'adhésion sera refusé.

Fait a ..... nom du signataire .....  
Le ..... signature

( précédée de la mention : " certifié sincère et véritable ")

(1) Dans le cas ou la personne cause de l'annulation ou interruption ne faisait pas partie du voyage, s'il s'agit d'un ascendant descendant frère et sœur, fournir une fiche familiale d'état civil.

(2) Une attestation médicale indiquant l'état de santé du malade durant le mois précédent la date initialement prévue du départ devra également être fournie.

◆ ATTESTATION MEDICALE - LOC'ASSUR - R2 ◆

A retourner complétée datée et signée par le médecin traitant,  
( éventuellement sous pli secret médical à l'attention du médecin-conseil de la Compagnie)

**RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT :**

Nom ..... Prénom .....  
Date de naissance ..... profession .....

**EXAMEN MEDICAL :**

- 1) - nature de l'infirmité ou de la maladie .....  
.....
- 2) - a quelle date remonte le début de la maladie .....
- 3) - s'agit-il d'une rechute ? ..... Si oui date .....
- 4) - y a t'il déjà eu des arrêts de travail antérieurement ? .....  
dans l'affirmative préciser les périodes d'arrêt de travail antérieures et leurs causes.  
.....  
.....
- 5) - existe-t-il un état pathologique qui, sans entraîner d'arrêt, a pu prédisposer à l'affection actuelle.  
.....
- 6) - préciser l'état de santé actuel et le traitement .....
- 7) - le patient a-t-il reçu des soins continus pour cette maladie ? Lesquels  
.....
- 8) - considérez-vous que son état de santé actuel lui interdit de quitter le domicile ou l'établissement hospitalier  
à la date du .....( date de départ ) ? .....
- 9) - durée probable de l'incapacité totale de travail ou de l'hospitalisation .....  
du ..... Au ..... Lieu .....
- 10) - considérez vous que son état de santé actuel ne lui permet pas de se rendre sur le lieu de villégiature ou de  
pratiquer l'activité l'objet du séjour à la ( date de départ ) ? .....
- 11) - conclusions et pronostic .....

Fait à .....  
Le. ....

Nom et Adresse  
(ou cachet) du Praticien

SIGNATURE du PRATICIEN