



Formulaire de déclaration de sinistre
A retourner par fax ou courrier à
EUROP ASSISTANCE

EUROP ASSISTANCE
Département sinistres voyages
1, Promenade de la Bonnette
92633 Gennevilliers cedex
Tel : 01 41 85 90 72
Fax : 01 41 85 85 61

Urgent ! à Faxer au 01 41 85 85 61

A envoyer immédiatement dès la survenance de l'événement, joindre aussi la facture d'achat du voyage.

Numéro du contrat d'assurance : 58 626 142

Renseignements relatifs au sinistre (cocher la case correspondante)

- | | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Annulation suite à, | <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Accident | <input type="checkbox"/> Autre |
| <input type="checkbox"/> Bagage suite à | <input type="checkbox"/> Vol | <input type="checkbox"/> Perte | <input type="checkbox"/> Retard |
| <input type="checkbox"/> Responsabilité civile | | | |
| <input type="checkbox"/> Capital accident | | | |
| <input type="checkbox"/> Frais médicaux à l'étranger suite à | <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Accident | |
| <input type="checkbox"/> Interruption de séjour | | | |

| | | | | | |
|--------------------|---|----|---|---|-----|
| ▪ Date du sinistre | : | le | / | / | 201 |
| ▪ Date de départ | : | le | / | / | 201 |
| ▪ Date de retour | : | le | / | / | 201 |
| ▪ Destination | : | | | | |
| ▪ Prix du voyage | : | | | | |

Résumé rapide des faits (précisez notamment la nature du fait générateur du sinistre)

Agence de voyages : Ultramarina Golf & Glisse/ Glisseco.com
11 bis rue Maréchal de Lattre de Tassigny 44000 Nantes
Tel : 02 40 35 14 16 - Fax : 02 40 48 52 26

Dossier à envoyer :
 A l'agence
 A l'assuré

Renseignements relatifs à l'assuré :

Nom & prénom(s) de l'assuré :

Adresse :

Code postal : Ville :

Adresse E-Mail :

Téléphone :

Vous recevrez, sous peu, un dossier à compléter et à renvoyer par courrier à EUROP ASSISTANCE, accompagné de l'ensemble des justificatifs demandés.

L'assuré déclare que les informations ci-dessus sont exactes et sincères, en application des dispositions contractuelles figurant sur la notice d'information dont il a pris connaissance.

Fait à : le . / . /
Signature (ou cachet):