

**DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS D'ANNULATION DE VOYAGE**

**Renseignement concernant le réclamant :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Profession : ..... Age : .....  
Adresse : .....  
CP ..... Ville : .....  
Téléphone domicile : ..... Téléphone portable : .....  
Date de départ prévue : ..... Date d'annulation : .....  
Date d'inscription : .....  
Prix du voyage : ..... Montant des frais d'annulation : .....

**Renseignements concernant la personne malade, accidentée ou décédée :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Profession : ..... Age : .....  
Degré de parenté avec le réclamant : .....

**S'il s'agit d'un accident ou d'un décès :**

Date et heure de l'accident ou du décès : ..... Lieu : .....  
Circonstances de l'accident ou du décès : .....  
.....  
.....

**S'il s'agit d'une maladie :**

Dates des premières manifestations de la maladie : .....

**S'il y a hospitalisation :**

Nom et adresse de l'établissement : .....  
Date d'admission : ..... Date de sortie : .....

**A signer par le réclamant :**

*Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse ou inexacte entraîne l'application, suivant les cas, des sanctions prévues aux articles 21 et 22 de la loi du 13 juillet 1930.*

A : ..... Le : .....  
Signature (après mention « renseignements certifiés exacts »)

**Autorisation :**

(A signer par la personne malade ou accidentée)

*J'autorise tout hôpital ou toute personne m'ayant soigné ou examiné, à fournir au médecin conseil d'AVA, tous les renseignements concernant les maladies ou blessures, état de santé, consultations, ordonnances ou traitement, et copie de tous les actes médicaux d'hospitalisation. Une photocopie de cette autorisation sera considérée comme ayant la même valeur que l'original.*

**Date et signature :**