

## DÉCLARATION DE SINISTRE

Date de la déclaration :

### >> VOS COORDONNÉES

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

### >> COORDONNÉES DU CAMPING

Nom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_

### >> INFORMATIONS SUR LE SÉJOUR

Nom des personnes participant au séjour : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de personnes sinistrées : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Prix du voyage : \_\_\_\_\_ (montant en €)

Paiement du voyage :  chèque  espèces  carte bancaire

Si paiement par carte bancaire, préciser le type :

Visa  Visa Premier\*  American Express Platinum\*  Mastercard Gold\*  Autres : \_\_\_\_\_

(\*pour ces cartes, joindre les reçus CB)

Titulaire de la carte : \_\_\_\_\_ Banque : \_\_\_\_\_

### >> CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DU SINISTRE

Date de survenance du sinistre : \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Nature du sinistre :

Annulation Totale du séjour

Annulation Partielle du séjour : Du \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa) Au \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Interruption de séjour : Le \_\_\_\_\_ (jj/mm/aaaa)

Cause du sinistre :

Maladie

Décès

Modification/suppression de congés

Obtention d'emploi

Accident

Licenciement

Autres : \_\_\_\_\_

UNE ASSURANCE D'AVANCE SUR [WWW.AXELLIANCE-CONSEIL.COM](http://WWW.AXELLIANCE-CONSEIL.COM)

Personne concernée :

- Vous-même     conjoint     ascendant  
 Enfant     accompagnant     Autre

Si AUTRE

Nom et lien de parenté : \_\_\_\_\_ Âge : \_\_\_\_\_

Cette personne est-elle :

- en activité     en retraite     sans emploi\*     étudiante     Autres : \_\_\_\_\_

(\*joindre un justificatif)

## >> DÉCLARATIONS DE L'ASSURÉ

Je déclare :

- Que l'assureur se réserve le droit de missionner un expert ou un enquêteur pour apprécier les causes du sinistre décrit ci-dessous et procéder à l'évaluation du montant de l'indemnité.
- Que la présente déclaration sur l'honneur peut être utilisée en justice,
- Que l'article 441-7 du Code Pénal réprime l'établissement et l'usage d'attestation faisant états de fait matériellement inexacts.

Je certifie sur l'honneur que les déclarations ci-dessous sont sincères et véritables.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de l'Assuré n°1

UNE ASSURANCE D'AVANCE SUR [WWW.AXELLIANCE-CONSEIL.COM](http://WWW.AXELLIANCE-CONSEIL.COM)

## MODALITÉS DE DÉCLARATION

Pièces justificatives à fournir\* en plus du présent formulaire ci-dessus complété et signé :

**Dans tous les cas pour la garantie Annulation :**

- la facture de frais d'annulation,
- la copie du contrat de réservation précisant le montant total initial du voyage,
- un justificatif de lien de parenté avec la personne à l'origine de l'annulation,
- BIC et IBAN si l'établissement bancaire est hors de France.

**En cas d'annulation pour raison médicale :**

- l'attestation médicale ci-jointe complétée et signée par un médecin,
- les justificatifs de soins (ordonnances, compte rendu d'examen, bulletin d'hospitalisation...)

**En cas d'annulation pour décès :**

- la copie du certificat de décès

**En cas d'annulation pour modification/suppression des congés par l'employeur :**

- la copie de l'accord préalable des congés précisant leur date d'acceptation,
- l'attestation de congés ci jointe complétée dans sa totalité par votre employeur
- une copie du courrier(ou mail), daté, de l'employeur vous informant de la modification ou l'annulation de vos congés

**En cas de licenciement**

- La copie de la lettre de convocation à l'entretien préalable de licenciement,
- la copie de la lettre signifiant le licenciement

**En cas d'obtention d'emploi**

- la copie du nouveau contrat de travail,
- la copie du précédent contrat de travail si l'obtention fait suite à une fin de contrat de travail,
- si vous étiez au chômage, une attestation Pôle Emploi justifiant de votre statut de demandeur d'emploi au moment de la réservation

*\*Axelliance et l'Assureur se réserve de réclamer toutes pièces qu'ils estiment nécessaires pour apprécier le bien-fondé de la demande d'indemnisation.*

**Formulaire et pièces justificatives à envoyer par email à :**  
**indemnisationHPA@axelliance.com**  
**OU par courrier à :**  
**AXELLIANCE CONSEIL – Indemnisation HPA**  
**Immeuble les topazes – 92 cours Vitton 69 456 LYON cedex 06**

*Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer vos contrats d'assurances souscrits par notre intermédiaire. Le destinataire des données est la compagnie qui couvre le risque. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en nous vous adressant votre demande par mail à l'adresse suivante : [gestion-cnii@axelliance.com](mailto:gestion-cnii@axelliance.com). Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.*

**UNE ASSURANCE D'AVANCE SUR [WWW.AXELLIANCE-CONSEIL.COM](http://WWW.AXELLIANCE-CONSEIL.COM)**