



Cabinet Chaubet Courtage

**IMPRIME A REMPLIR ET A RENVOYER A :**

**CABINET CHAUBET COURTAGE**

**32, rue Alsace-Lorraine BP 90932**

**31009 TOULOUSE CEDEX**

**TEL. 0810 23 40 89 (Service ouvert de 13h à 18h)**

**FAX 0810 12 23 08**

N° dossier :

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT

### POUR FRAIS DE SEJOUR NON EFFECTUE

Nom et prénom de l'assuré : ..... Age : .....

Adresse .....

..... Tél.....

**Email\*** .....

\* L'adresse Email permet une gestion encore plus rapide de votre dossier

Nom des personnes ayant interrompu le séjour :

.....

.....

Agence de voyages où le séjour a été acheté : .....

Date de départ : .....

Date de retour : .....

N° de dossier Europ Assistance : .....

Motif de l'interruption du séjour : .....

Date du rapatriement : .....

Ou date de l'hospitalisation : .....

Cette déclaration doit être impérativement retournée au Cabinet CHAUBET

**Cachet Agence:**

L'assuré certifie exacts les renseignements ci-dessus

Fait à : .....le : .....

Signature :

**La bonne gestion de votre dossier dépend de l'exactitude des informations transmises**