

DEMANDE D'ASSISTANCE

☎ 33 1 41 85 80 67 ☎ 33 1 41 85 85 71

Le Tél.
 De la part de Fax :
 Pays mail :

OUVERTURE DE DOSSIER n° |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

ETAT CIVIL Nom de l'assuré(e)
 Prénom Date de naissance Age
 Adresse en France

SEJOUR Code postal Ville Tél.
 du au Ville
 Hôtel Ch n° Tél.

NOM ACCOMPAGNANT	Prénom	Date naissance (jj/mm/aaaa)	Lien de parenté
		/ /	
		/ /	
		/ /	

MOYEN DE RETOUR INITIAL

Pour les retours en avion, merci de compléter les informations ci-dessous.

Date départ	N° Vol	Aéroport départ	Heure de départ	Heure d'arrivée	Aéroport arrivée	Date arrivée

Contrat N° 53 789 553 F (Fram Inclusion seule) (le N° de contrat est indiqué dans la pochette de voyage de l'assuré).
 Contrat Complémentaire N° 63 112 077 J (Fram assur)

Pour une ASSISTANCE MEDICALE

Date du problème
 Nature du problème
 Coordonnées du centre de soins
 Date d'admission Service N° chambre
 Docteur Tél.
 Demande de frais médicaux OUI NON
 Demande de rapatriement OUI NON Aéroport le plus proche

Pour une ASSISTANCE pour DECES sur le lieu de séjour

Date du décès Accident Enquête/autopsie
 Lieu où se trouve le corps Tél. :
 Lieu d'inhumation souhaité.....
 Personne à contacter en France.....
 Lien de parenté Tél.
 Consulat contacté OUI NON

Pour une ASSISTANCE pour RETOUR ANTICIPE (selon les contrats)

Nom et prénom du proche Lien parenté avec l'assuré

1 - Retour anticipé pour Hospitalisation

Date d'admission Nom de l'hôpital
 Nom du médecin Service Tél.

2 - Retour anticipé pour décès

Date du décès Lieu où se trouve le corps
 Service ayant constaté le décès Tél.

3 - Autre motif :

Autres / divers :