

FICHE ASSURANCE

« Assistance voyage/médicale/rapatriement »

Nom (des) personne(s) assurée(s) :

.....
.....

Nom de la compagnie d'assurance :

.....

N° de téléphone d'urgence de votre assurance :

.....

N° de contrat :

.....

Veillez-vous informer des formalités ainsi que des prestations prévues par votre organisme assureur avant le départ

PERSONNE À PRÉVENIR EN CAS DE PROBLÈME (PROCHE, FAMILLE, AMIS) :

Nom & Prénom :

Téléphone / GSM :

Lien de parenté :

Extrait de nos conditions générales* de vente concernant l'assurance :

Le Carrefour européen asbl – ci-après dénommé « Association » - n'encourt aucune responsabilité et ne pourra être tenu responsable des conséquences ou dommages quelconques, matériels ou corporels, en cas d'accidents survenus à un participant durant les activités de l'Association ou en relation avec celles-ci. Il appartient à chaque participant d'assurer les risques liés à la participation aux activités par des polices d'assurance individuelles, en ce compris la responsabilité civile.

*Telles que figurant dans le bulletin d'inscription à l'activité.