

Avis de sinistre



AG Care

Hospitalisation

CONFIDENTIEL

Contrat n° :

Ce document doit être complété par l'assuré et adressé à Fortis AG, à l'attention du médecin-conseil.



1 dans tous les cas **2** en cas de maladie **3** en cas d'accident

Vignette Mutuelle

1 Preneur

Nom et prénoms ou dénomination :

Rue, n°, code postal et localité :

N° de téléphone (pendant les heures de bureau) : Dernière prime payée :

Assuré (bénéficiaire des soins)

Nom et prénoms : Date de naissance :

Rue, n°, code postal et localité :

N° de téléphone (pendant les heures de bureau) : Profession :

Mutuelle (répondre aux questions ou coller une vignette mutuelle)

L'assuré est-il affilié à une mutuelle - pour les petits risques ? NON OUI
- pour les gros risques ? NON OUI

N° d'affiliation :

Dénomination et adresse :

Paiement désiré

au compte bancaire n°

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

au nom de

à défaut, par chèque circulaire

Le bénéficiaire des soins est-il couvert par une police d'assurance accordant les mêmes couvertures auprès de Fortis AG ou d'une autre compagnie ? NON OUI

Si OUI, dénomination et adresse de la compagnie et n° de police

2 A compléter en cas de maladie

Période d'hospitalisation :

Nom et adresse de l'établissement hospitalier :

Nature de la maladie / cause de l'hospitalisation :

Quand en sont apparues les premières manifestations ?

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin qui a établi le diagnostic :

3 A compléter en cas d'accident

Date et heure de l'accident : le à heures; avant midi

Lieu précis (joindre un croquis) :

Partie adverse éventuelle : nom et adresse

: compagnie d'assurances (nom, adresse et n° de police)

Témoins : noms et adresses

0079-2280602F-01022004

Relation des faits :

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? NON OUI Si OUI, Police de :
le N° P.V.

Qui est responsable de l'accident ? (nom et adresse de la personne responsable) :

Le bénéficiaire des soins était-il, au moment du sinistre, au service d'un employeur, ou sur le chemin du travail ? NON OUI
Dans l'affirmative : quel est l'employeur ? (nom et adresse)

Auprès de quelle Compagnie est-il assuré pour les accidents du travail ?

Quelles sont les lésions encourues ?

Période d'hospitalisation :

Nom et adresse de l'établissement hospitalier :

Je soussigné certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

Je déclare avoir pris acte des conséquences légales graves, refus de paiement des garanties assurées, que peut entraîner toute réticence ou fausse déclaration dans le cadre de la déclaration du sinistre (art. 19-21 de la loi sur le Contrat d'Assurance terrestre).

Je m'engage à demander aux tiers (médecins traitants, établissements hospitaliers, organismes d'assurances sociales, autres entreprises d'assurances, autorités, etc...) tous les renseignements au sujet des maladies, accidents, infirmités survenus et à les communiquer au médecin conseil de la compagnie.

Je marque accord sur le fait que Fortis AG traite les données susmentionnées, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques.

Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches.

Fortis AG ne communiquera pas ces données à des tiers.

Je marque cependant accord pour que Fortis AG communique ces données pour autant qu'il y ait dans son chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.

Fait à, le

Signature de l'assuré (majeur) ou de la personne qui le représente légalement.