

Déclaration de sinistre

Numéro du sinistre

Pour l'assurance frais médicaux et d'hospitalisation accident

Chère cliente,
cher client,

En vue d'un traitement simple et rapide de la prestation d'assurance, nous avons besoin de renseignements précis. Veuillez remplir soigneusement la présente déclaration de sinistre en joignant, si demandé, les justificatifs suivants:

- Rapport de la police (si existant):
- Originaux des quittances avec ordonnances
- Originaux des factures (médecin et hôpital)
- Copie de la police ou du certificat d'assurance

Au cas où vous pouvez répondre à une question que partiellement ou pas du tout, veuillez en expliquer la raison.

Questions concernant le ou la titulaire de l'assurance (personne qui a conclu le contrat d'assurance)

Nom: _____

Prénoms: _____ Date de naissance: _____

Rue et numéro de rue: _____

NPA et lieu: _____

Numéro téléphone (joignable la journée): _____ Adresse e-mail: _____

Coordonnées bancaires (IBAN): _____

Coordonnées bancaires (BIC/SWIFT): _____

Nom et adresse de la banque: _____

Questions concernant le ou la titulaire de l'assurance

Nom: _____ Prénoms: _____

Date de naissance: _____ Nationalité: _____

Questions concernant l'assurance accident

1. Date de souscription à l'assurance: _____

2. Numéro police/certificat d'assurance _____

3. Existe-t-il d'autres assurances pour couvrir cet événement? Oui Non

4. Si oui, lesquelles? _____

5. Une indemnité a-t-elle déjà été demandée ou versée par une autre partie? Oui Non

6. Si oui, par qui? _____

Questions concernant l'accident

7. Date de l'accident: _____ Heure de l'accident: _____

8. Lieu de l'accident: _____

9. Description détaillée de la blessure: _____

10. La personne blessée a-t-elle été sous l'emprise d'alcool, de médicaments ou de drogues? Oui Non

11. Un ou une médecin a-t-il ou elle été consultée? Oui Non

12. Si oui, quand c'était la première fois? Date:

13. Nom et adresse du médecin traitant:

14. Le traitement est-il terminé? Oui Non

15. Si non, quelle est la durée du traitement prévue?

16. D'autres factures sont-elles à prévoir? Oui Non

17. Si oui, de la part de qui? Nom et adresse:

18. Qui a causé l'accident? Nom et adresse:

ERV est libérée de l'obligation de verser des prestations si, après la survenance du cas d'assurance, la personne assurée commet une tentative de tromperie dolosive sur des faits importants pour la détermination du droit à prestation ou du montant de celle-ci.

J'autorise les médecins, les établissements de soins en tout genre et les assureurs à communiquer à ERV tous les renseignements nécessaires sur les maladies, suites d'accidents et infirmités, qui existaient auparavant ou qui sont apparues pendant la durée du contrat et libère les personnes susmentionnées de leur devoir légal de garder le secret.

Lieu et date

Signature du ou de la titulaire de l'assurance ou de son ou sa représentante légale