

Avis de sinistre

Veuillez envoyer votre dossier à:
AG Insurance
Service Médical Health Care – 1JQ5B
Bd E. Jacqmain 53
1000 Bruxelles

Confidentiel

Veuillez cocher les garanties concernées.

- Hospitalisation / Frais médicaux
 Rente d'invalidité / Prime d'exonération

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

Pour la déclaration d'un dossier "Rente d'invalidité", il est indispensable de joindre notre formulaire "certificat médical", complété par votre médecin traitant et les attestations d'incapacité de travail.

Groupe n° : ou n° contrat ou références si connues :

A compléter dans tous les cas

Employeur (ou ex-employeur si pensionné) :

Affiliés	Membre du personnel	Bénéficiaire des soins
Nom et prénom
Date de naissance
Rue, n°, Code postal et localité
Adresse e-mail@
N° téléphone (heures de bureau)
Profession

N° de compte bancaire:

(IBAN)

(BIC)

Période d'hospitalisation :

Nom et adresse de l'établissement hospitalier :

Nature de la maladie et/ou des lésions:

Intervention chirurgicale éventuelle :

Quand sont apparues les premières manifestations ?

Date du début de l'incapacité de travail (pour la garantie rente d'invalidité): / /

Le bénéficiaire des soins est-il couvert par une police d'assurance accordant les mêmes couvertures auprès d'AG Insurance ou d'une autre compagnie ? Non Oui

Si oui, dénomination et adresse de la compagnie et n° de police :

Vignette mutuelle du
bénéficiaire des soins

■ A compléter en cas d'accident

Nature de l'accident : Privé Scolaire
 Travail Sportif
 Circulation Autre :

Y-a-t-il une autre assurance qui couvre l'accident? Non Oui

Si oui, laquelle + nom compagnie + n° de la police:

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

Lieu précis:

Relation des faits :

.....
.....
.....

Partie adverse éventuelle :

- nom et adresse:

.....

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

.....

Témoins : noms et adresses :

.....

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Non Oui Si oui, Police de : le

N° PV et joindre copie du PV d'audition:

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) :

.....

Après de quelle compagnie est-il assuré pour les accidents du travail ?

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

Il marque accord sur le fait qu'AG Insurance traite les données susmentionnées, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques. La personne concernée a un droit de regard sur ses données et peut, le cas échéant, les faire corriger. 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.

AG Insurance ne communiquera pas ces données à des tiers. Le soussigné marque cependant accord pour qu'AG Insurance 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,