

■ Déclaration de Sinistre

Assurance Individuelle Accidents

CONFIDENTIEL

Nr de Contrat :
Code Compagnie :
Sinistre n° :

Correspondance à envoyer : au producteur à l'assuré au preneur

Producteur / compte n° : Référence du producteur :
Dénomination :
Localité : Tel. : Fax :

Ce document doit être rempli par l'assuré le plus complètement possible et immédiatement retourné à AG Insurance , à l'attention du médecin conseil.

Preneur

Nom et Prénom ou dénomination :
Adresse complète (commune,rue,n°,bte) :
Tél. et/ou Gsm :
Fax :
e-mail :

Assuré

Nom et Prénom ou dénomination :
Adresse complète (commune,rue,n°,bte) :
Tél. et/ou Gsm :
Fax :
e-mail :
Lieu et date de naissance :
Profession :
Compte bancaire ou CCP postal : Au nom de :

Mutuelle (répondre aux questions et si possible coller une vignette)

L'assuré est-il affilié à une mutuelle :

- pour les petits risques ? OUI NON
- pour les gros risques ? OUI NON

Numéro d'affiliation :
Dénomination et adresse :

Paiement

Les frais médicaux et les indemnités doivent être payés : au producteur à l'assuré au preneur
Selon le mode de paiement : compte agent compte bancaire n°

Accident

1 Situation et description de l'incident

Date : le, àheures

Lieu de l'accident :

Description la plus détaillée possible des circonstances et des causes de l'accident

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2 La victime exerçait-elle sa profession au moment des faits ? OUI NON

3 Y a-t'il des témoins de l'incident ? OUI NON

Si oui , Nom, Prénom, adresse et numéro de téléphone :

.....

.....

.....

.....

4 Quelles sont les conséquences de l'accident ?

.....

.....

.....

5 Un procès -verbal a- t'il été établi ? OUI NON

Si oui, précisez les données suivantes

Par quelle autorité verbalisante ?

Etabli le

PV n°.....

6 Si la victime est mineure d'âge :

Nom ,Prénom et adresse complète du chef de famille (ou tuteur) :

.....

.....

7 Y a-t'il une assurance auprès d'une autre compagnie pour le même risque ? OUI NON

Si oui, indiquez le genre,la compagnie et le numéro de police :

.....

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

Je m'engage à demander au tiers (médecins traitants ,établissements hospitaliers, organismes d'assurances sociales,autres entreprises d'assurances, autorités,ect.....) 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 AG Insurance 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.

AG Insurance ne communiquera pas ces données à des tiers.

Je marque cependant accord pour que 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

Le producteur d'assurance

L'assuré(e)