

**Avis de sinistre**

AG Care - Hospitalisation

**CONFIDENTIEL**

Contrat n° : .....

Ce document doit être complété par l'assuré et adressé à AG Insurance,  
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 : .....

Adresse E-mail : ..... @ .....

**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° IBAN : □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

BIC : □□□□□□□□□□

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 AG Insurance 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, grossesse ou accouchement**

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) : .....    après

Partie adverse éventuelle : nom et adresse .....

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

Témoins : noms et adresses .....

**AG Insurance** sa - RPM Bruxelles - TVA BE 0404.494.849 - www.aginsurance.be

Bd. E. Jacquain 53, B-1000 Bruxelles

Banque : 140 1200445 40 - IBAN : BE02 1401 2004 4540 - BIC : GEBABEBB

Contact : Bd. du Jardin Botanique 20, B-1000 Bruxelles - Tél. +32(0)2 664 10 30 - Fax +32(0)2 664 10 95

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 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 .....

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