

	SYSTEME DE MANAGEMENT DE LA QUALITE	Référence	Pr-SIN/EN.09
	DECLARATION DE SINISTRES CORPORELS	Version	00

POLICE D'ASSURANCE N° : _____

ASSURE : ADRESSE : TELEPHONE :

DATE DU SINISTRE : HEURE : LIEU DU SINISTRE :
--

NOM DE LA VICTIME : ADRESSE : TELEPHONE :
--

DESCRIPTION ET NATURE DES DOMMAGES

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

CAUSES & CIRCONSTANCES DU SINISTRE :

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

NOM DU BENEFICIAIRE DE L'INDEMNITE : TELEPHONE : NB : JOINDRE UNE COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE OBLIGATOIREMENT (si l'assuré ne dispose pas de compte bancaire)

PIECES A FOURNIR AU DOSSIER SINISTRE :

- ORIGINALS DES ORDONNANCES ET RECUS D'ACHATS DE MEDICAMENTS
- CERTIFICAT MEDICAL INITIAL (en cas de fracture)
- CERTIFICAT DE GUERISON / CONSOLIDATION (en cas de fracture)
- ACTE DE DECES (en cas de décès accidentel)

DATE :

NOM PRENOMS ET SIGNATURE DU DECLARANT