

Déclaration de sinistre

Numéro du sinistre

Pour l'assurance frais médicaux et d'hospitalisation maladie

HHD

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:

- 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 (pers	sonne qui a conclu le contrat d'assura	ince)	
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 maladie			
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 la maladie			
7. Type de maladie (nom exact):			
8. S'agit-il d'une aggravation d'une maladie chronique?		□ Oui	□ Non
9. S'agit-il d'une aggravation d'une maladie préexistante?		□ Oui	□ Non

10. Si oui, cette maladie a-t-elle déjà été traitée précédemment?		□ Oui	□ Non		
11. Si oui, par quelle médecine? Nom et adresse:					
12. S'agit-il d'une maladie subite?		□ Oui	□ Non		
13. Depuis quand sont apparus les symptômes?	Date:				
$\underline{\textbf{14. Quand a eu lieu la première consultation chez une médecine?}}$	Date:				
15. Le traitement est-il terminé?		□ Oui	□ Non		
16. Si non, quelle est la durée du traitement prévue?					
17. D'autres factures sont-elles à prévoir?		□ Oui	□ Non		
18. Si oui, de la part de qui? Nom et adresse:					
ERV est libérée de l'obligation de verser des prestations si, après					
tentative de tromperie dolosive sur des faits importants pour la dé	termination du droit à prestation ou du montant d	e 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	représent	ante légale		