



ASSURANCE MALADIE-DECLARATION DE SINISTRE /

SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT :

N° DE LA POLICE :

**JOINDRE TOUTES PIECES JUSTIFICATIVES
ORIGINALES Y COMPRIS PRESCRIPTIONS
ORDONNANCES, FACTURES ET RECUS**

NOM ET PRENOMS DU MALADE :

NATURE DE LA MALADIE :

NATURE DE L'ACCIDENT

N° D'ADHESION :

DATE DU DEBUT DE LA MALADIE :

DATE DE L'ACCIDENT :

(Indiquer également les circonstances de l'accident, le nom des témoins, des responsables, en joignant une lettre explicative au présent dossier)

NOM, CACHET ET
SIGNATURE DU
MEDECIN TRAITANT :

Déclaré le
à
signature de l'assuré :

Dates des actes	Codes actes	Ordonnance ou facture	Signature et Cachet	Montant Perçu	Observations
		OUI NON			

Pour soins dentaires : voir au verso, partie à faire remplir par le chirurgien dentiste

Recommandations : voir au verso

