

DECLARATION DE SINISTRE

(à renvoyer immédiatement à MONDIAL ASSISTANCE)

Assistance
Frais médicaux



Rue des Hirondelles 2 – 1000 Bruxelles
Tél. +32 2 290 64 11 – Fax +32 2 290 64 19

Les formulaires mal complétés
retardent le traitement

N° de dossier :

1. Nom de **l'assuré** :
Prénom :
Date de naissance : / /
Profession :
Adresse :
.....
Tél. (heures de bureau) :

2. Paiement

Les sinistrés déclarent être d'accord que
d'éventuelles indemnisations seront payées à :

.....

IBAN:.....

SWIFT/BIC:.....

3. Agence de voyage : Nom :
Adresse :
.....
Références :

4. Touropérateur : Nom :
N° PO :

5. N° de police :

6. Destination :

Date de réservation : / /
Date de départ : / /
Date de retour : / /

7. Incident :

Maladie : Date : / /
Diagnose :
Existait-il déjà un traitement pour cette même maladie ?
 Non
 Oui : du / / au / /
Etiez-vous au moment du départ en traitement pour cette affection ?
 Non
 Oui : lequel :

Accident : Date : / / heure : h
lieu de l'accident :
.....
Lésions :
Description claire des circonstances :
.....
.....
Accident pendant la pratique du sport :
 Non
 Oui : Quel sport :

Tiers responsable :

Non

Oui : Nom & prénom :

Adresse :

Compagnie d'assurances :

références et n° de police :

cochez la case correspondante

8. Traitement

a) date premier traitement : / /

médecin qui a prodigué les premiers soins : nom :

domicile : pays :

hôpital des premiers soins : nom :

domicile : pays :

a) Actuellement encore en traitement ?

non

oui : médecin de traitement actuel : nom : domicile :

cochez la case correspondante hôpital de traitement actuel : nom : domicile :

9. Assurances

a) sécurité sociale/mutuelle : non oui : nom : n° d'affiliation :

b) autre assurance assistance : non oui : compagnie d'assurance : n° de police :

c) assurance accidents individuelles : non oui : compagnie d'assurance : n° de police :

d) assurance d'hospitalisation : non oui : compagnie d'assurance : n° de police :

e) assurance groupe par l'employeur : non oui : nom de l'employeur : compagnie d'assurance : n° de police :

cochez la case correspondante

10. Frais

Date	Description	Déjà payé ?	Montant	Intervention mutuelle
..... / /	oui/non	.....	.....
..... / /	oui/non	.....	.....
..... / /	oui/non	.....	.....
..... / /	oui/non	.....	.....
..... / /	oui/non	.....	.....

biffer la mention inutile

11. Documents à joindre

Au point : 4 : Facture d'inscription du touropérateur

- 10 : - l'attestation de votre mutualité mentionnant le montant de son intervention
- copie des notes de frais médicaux
- vignette de votre mutualité

Le soussigné déclare répondre aux questions ci-avant en tout honnêteté. La Cie Mondial Assistance Europe NV - Belgian Branch est automatiquement déliée de toutes ses obligations en cas d'ommission ou inexactitudes intentionnelles.

Signature de l'assuré(e), précédée de
'lu et approuvé'

Date : / /