

FSMA 067380 A

PO/Numéro de dossier _____ Numéro de dossier Protections _____

Mutuelle _____ Vignette _____

Nom & prénom du membre _____

Adresse _____

Nom & prénom de la victime _____

Lien de parenté avec le membre _____

Avez-vous encore une autre assurance (assurance hospitalisation, assurance groupe, assurance assistance à l'année ...) où ces frais peuvent éventuellement être pris en considération?

NON

OUI, nom de la compagnie _____ Numéro de police _____

Date du sinistre | | Lieu du sinistre _____

Taux de change (veuillez justifier par un décompte carte de crédit, relevé bancaire ou autre preuve) _____

Numéro d'ordre	Nom du médecin ou de l'hôpital	Numéro de la prestation ou de la facture	Date de la prestation ou de la facture	Montant réel des frais	Intervention de la mutuelle	Différence à charge du membre
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
Total						

Veuillez toujours joindre une copie du décompte de votre mutuelle et les factures avec mention du numéro d'ordre!

Le soussigné déclare que les factures réclamées et les prix sont corrects et concernent le sinistre mentionné. Le droit à l'indemnité échoit lorsqu'une déclaration erronée est faite ou si des renseignements ont été déformés ou omis intentionnellement.

Date | |

Nom et prénom

Signature