

# Annonce de sinistre

N° de sinistre

## Assurance frais médicaux/maladie

Chère cliente,  
Cher client,

En vue du règlement simple et rapide de la prestation d'assurance, nous avons besoin de quelques renseignements importants. Veuillez remplir soigneusement le présent avis de sinistre en annexant les documents suivants, si demandés:

- Quittances avec ordonnances – originaux!
- Factures (médecin, hôpital) – originaux!
- Original ou copie du relevé de la carte de crédit, duquel il ressort qu'au moins 80% du prix d'achat ont été payés avec la carte

Au cas où vous ne pouvez répondre à une question que partiellement ou pas du tout, veuillez en donner la raison.

### Questions à la personne assurée

Nom:

Prénom(s):

Né(e) le:

Rue/N°:

NPA/Lieu:

Téléphone (accessible pendant la journée):

Adresse e-mail:

Compte bancaire (Neon-IBAN):

### Questions concernant d'autres assurances

1. Existe-t-il d'autres assurances pour couvrir cet événement?  oui  non
2. Si oui, lesquelles?
3. Une indemnité a-t-elle déjà été demandée ou versée par une autre assurance?  oui  non
4. Si oui, à qui ou par qui?

### Questions concernant la maladie

5. Genre de maladie (description exacte de la maladie, s.v.p.):
6. S'agit-il de l'aggravation d'une maladie chronique?  oui  non
7. S'agit-il de l'aggravation d'une maladie préexistante?  oui  non
8. Si oui, a-t-elle été traitée auparavant?  oui  non
9. Si oui, par quel médecin? – Nom et adresse:
10. S'agit-il d'une maladie aiguë?  oui  non
11. Date de l'apparition des douleurs? Date:
12. Date de la première consultation d'un médecin? Date:

13. Le traitement est-il terminé?  oui  non

14. Si non, quelle est sa durée probable et jusqu'à quelle date:

15. D'autres factures sont-elles à prévoir?  oui  non

16. Si oui, de la part de qui ? – Nom et adresse:

Nom de la personne assurée:

Date de naissance:

ERV est libérée de l'obligation de verser des prestations si, après la survenance du cas d'assurance, la personne assurée commet une tentative de tromperie dolosive sur des faits importants pour la détermination du droit à prestation ou du montant de celle-ci.

J'autorise les médecins, les établissements de soins en tout genre et les assureurs à communiquer à ERV tous renseignements nécessaires sur les maladies, suites d'accidents et infirmités qui existaient auparavant ou qui sont apparues pendant la durée du contrat. Je relève les personnes susmentionnées de leur obligation légale de garder le secret.

Lieu et date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal