

**Avis de sinistre**

Veuillez envoyer votre dossier à:  
**AG Insurance**  
**Service Médical Health Care – 1JQ5B**  
**Bd E. Jacqmain 53**  
**1000 Bruxelles**

Confidentiel

**Veillez cocher les garanties concernées.**

- Hospitalisation / Frais médicaux
- Rente d'invalidité / Prime d'exonération

Ce document doit être complété par l'assuré et adressé à AG Insurance, à l'attention du médecin-conseil.

**Pour la déclaration d'un dossier "Rente d'invalidité", il est indispensable de joindre notre formulaire "certificat médical", complété par votre médecin traitant et les attestations d'incapacité de travail.**

Groupe n° : **M025** ou n° contrat ou références si connues : .....

**A compléter dans tous les cas**

Employeur (ou ex-employeur si pensionné) : .....

| Affiliés                         | Membre du personnel  | Bénéficiaire des soins |
|----------------------------------|----------------------|------------------------|
| Nom et prénom                    | .....                | .....                  |
| Date de naissance                | .....                | .....                  |
| Rue, n°, Code postal et localité | .....                | .....                  |
| Adresse e-mail                   | .....                | .....@.....            |
| N° téléphone (heures de bureau)  | .....                | .....                  |
| Profession                       | .....                | .....                  |
| N° de compte bancaire:           |                      |                        |
| (IBAN)                           | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |
| (BIC)                            | <input type="text"/> | <input type="text"/>   |

**Période d'hospitalisation :** .....

Nom et adresse de l'établissement hospitalier : .....

Nature de la maladie et/ou des lésions: .....

Intervention chirurgicale éventuelle : .....

Quand sont apparues les premières manifestations ? .....

**Date du début de l'incapacité de travail** (pour la garantie rente d'invalidité): ..... / ..... / .....

Le bénéficiaire des soins est-il couvert par une police d'assurance accordant les mêmes couvertures auprès d'AG Insurance ou d'une autre compagnie ?  Non  Oui

Si oui, dénomination et adresse de la compagnie et n° de police : .....

Vignette mutuelle du  
bénéficiaire des soins

**■ A compléter en cas d'accident**

Nature de l'accident :  Privé                       Scolaire  
 Travail                                       Sportif  
 Circulation                       Autre : .....

Y-a-t-il une autre assurance qui couvre l'accident?       Non       Oui

Si oui, laquelle + nom compagnie + n° de la police: .....

Date et heure de l'accident : le ..... à ..... heures       avant midi  
 après

Lieu précis: .....

**Relation des faits :** .....  
.....  
.....

Partie adverse éventuelle :  
- nom et adresse: .....  
.....  
- compagnie d'assurance (nom, adresse et n° de police) : .....

Témoins : noms et adresses : .....

Un procès-verbal a-t-il été dressé ?  Non     Oui      Si oui, Police de : ..... le .....

N° PV et joindre copie du PV d'audition: .....

Qui est responsable de l'accident ? (nom et adresse de la personne responsable) : .....

Le bénéficiaire des soins était-il, au moment du sinistre, au service d'un employeur, ou sur le chemin du travail ?  Non     Oui  
Dans l'affirmative : quel est l'employeur ? (nom et adresse) : .....

Auprès de quelle compagnie est-il assuré pour les accidents du travail ? .....

Le soussigné certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

Il marque accord sur le fait qu'AG Insurance traite les données susmentionnées, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques. La personne concernée a un droit de regard sur ses données et peut, le cas échéant, les faire corriger. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches.

AG Insurance ne communiquera pas ces données à des tiers. Le soussigné marque cependant accord pour qu'AG Insurance communique ces données pour autant qu'il y ait dans son chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.

Fait à ..... , le ..... /..... /.....  
Signature de l'assuré,