



## 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			
		OUI NON			
		OUI NON			
		OUI NON			
		OUI NON			

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

**Recommandations** : voir au verso

