

**Avis de sinistre**

*Hospitalisation*

Gestion sinistre - Fonds Social Transport et Logistique (FSTL)

**CONFIDENTIEL**

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

Groupe n° : M 500

**A compléter dans tous les cas**

Secteur Transport : FSTL

Affiliés	Membre du personnel	Bénéficiaire des soins
Nom et prénoms :	.....	.....
Date de naissance :	.....	.....
Rue, n°, Code postal et localité :	.....	.....
Adresse e-mail :	.....	..... @ .....
N° téléphone (pendant les heures de bureau) :	.....	.....
Profession	.....	.....

**Mutuelle** (répondre aux questions ou coller une vignette mutuelle)

L'assuré est-il affilié à une mutuelle  Oui  Non ┌ ┐

N° d'affiliation : .....

Dénomination et adresse : ..... Vignette Mutuelle

└ ┘

**Paiement désiré**

au compte bancaire n° IBAN : □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

BIC : □□□□□□□□□□

au nom de .....

à défaut, par chèque circulaire .....

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

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

.....

**A compléter en cas de maladie, grossesse ou accouchement**

Période d'hospitalisation : .....

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

.....

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

.....

Intervention chirurgicale éventuelle : .....

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

Nom, adresse et n° de téléphone du médecin qui a établi le diagnostic : .....

.....

**A compléter en cas d'accident**

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

Lieu précis (joindre éventuellement un croquis) : .....

Partie adverse éventuelle : nom et adresse .....

.....

: compagnie d'assurances (nom, adresse et n° de police) .....

.....

Témoins : noms et adresses .....

.....

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

Un procès-verbal a-t-il été dressé ?  Oui  Non Si Oui, Police de : .....  
le ..... N° P.V. ....

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 ?  Oui  Non  
Dans l'affirmative : quel est l'employeur ? (nom et adresse) .....

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

Quelles sont les lésions encourues ? .....

Période d'hospitalisation : .....

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

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

Il marque accord sur le fait que 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 que 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'affilié