



Hospitalisation



DECLARATION DE SINISTRE

claims.be@aig.com
Fax +32 2 739 91 04

1 / 4



N° de POLICE + N° de Certificat: _____

Séjour en hôpital du: ____ / ____ / ____ au: ____ / ____ / ____

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

Téléphone privé / travail: _____

E-Mail: _____

Y a-t-il une couverture similaire auprès d'une autre compagnie? Non Oui, compagnie: _____
numéro de police: _____

Avez-vous déclaré ce sinistre également à cette compagnie? Non Oui

ASSURE

Nom et prénom: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____

Adresse: _____

Téléphone privé / travail: _____ E-Mail: _____

CIRCONSTANCES

Maladie? Non Oui, laquelle ? _____

Accident? Non Oui, circonstances: _____

REMBOURSEMENT (cf. conditions de la police)

Preneur d'assurance Assuré Autre : description: _____

Compte bancaire

N° IBAN: _____ - _____ - _____ BIC: _____

Intermédiaire / courtier: _____

Le soussigné déclare avoir répondu aux questions de manière correcte et que toutes les informations données sont exactes.
Le soussigné confirme également qu'aucune information liée au sinistre et aux circonstances qui l'ont causé n'a été omise.

Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____



Hospitalisation



claims.be@aig.com
Fax +32 2 739 91 04

2 / 4

C E R T I F I C A T M E D I C A L



N° de POLICE + N° de Certificat: _____
Séjour en hôpital du: ____ / ____ / ____ au: ____ / ____ / ____

Données personnelles

Les données à caractère personnel (ci-après les « Données »), communiquées à AIG Europe Limited, Succursale de Belgique (ci-après « AIG ») sont traitées en conformité avec la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. Les Données seront traitées dans le but d'assurer la bonne gestion et l'utilisation optimale des services fournis par AIG y compris l'évaluation des risques, la gestion des contrats, des sinistres et la prévention de crimes, comme la fraude ainsi qu'afin de permettre à AIG de se conformer à toutes ses obligations légales. Afin de réaliser ces objectifs, AIG peut être amené à communiquer les Données à d'autres sociétés du groupe auquel AIG appartient, à des sous-traitants ou des partenaires. Ces sociétés, sous-traitants ou partenaires peuvent être situés dans des pays en dehors de l'Espace Economique Européen qui n'offrent pas nécessairement le même niveau de protection que la Belgique. AIG prendra des mesures de précaution afin d'assurer la sécurité des Données.

Sauf opposition de la part de la personne concernée, les Données peuvent être utilisées à des fins de marketing.

Conformément à la loi, AIG réserve un droit d'accès, de modification ou d'opposition (en cas de motif légitime) au traitement effectué avec les Données.

Pour faire usage de ces droits, chaque personne concernée peut contacter AIG par écrit à l'adresse Blvd. de la Plaine 11, 1050 Bruxelles.

Pour autant que de besoin, la personne concernée donne par la présente son consentement au traitement et communication dans les limites et dans les conditions décrites ci-avant et particulièrement en ce qui concerne les données relative à sa santé. Vous trouvez la liste complète et, de manière plus générale, la Politique relative à la protection de la vie privée complète de l'Assureur sur www.aig.be/be-privacy-policy.

Date: ____ / ____ / ____

Signature de l'assuré: _____

A COMPLETER PAR LE MEDECIN-TRAITANT

Les Médecins sont priés de ne laisser aucune question sans réponse.

Des communications confidentielles peuvent être jointes sous pli scellé contenant la mention "secret médical".

RUBRIQUE A REMPLIR DANS TOUS LES CAS

Nom et prénom du patient: _____

Quand avez-vous été appelé auprès du patient: _____

Y a-t-il des antécédents médicaux en relation avec l'accident/la maladie? Non Oui, lesquels: _____

Nature du traitement: _____

Nature de la médication: _____

Durée et fréquence du traitement et de la médication: _____

RUBRIQUE A REMPLIR UNIQUEMENT DANS LES CAS D'ACCIDENT

Lieu, date et heure de l'accident: _____

Nature et étendue des séquelles: _____

Diagnostic exact et complet: _____

L'accident est-il la cause directe et unique de la lésion? Oui Non, autres causes: _____

RUBRIQUE A REMPLIR UNIQUEMENT DANS LES CAS DE MALADIE

Description détaillée de l'affection: _____

Avez-vous constaté chez le patient une autre maladie ou infirmité quelconque? Non Oui, lesquels: _____

Date des premiers symptômes: ____ / ____ / ____ Date probable de guérison: ____ / ____ / ____

Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____

AIG Europe Limited. Société de droit Anglais. Registre des sociétés n° 01486260.

Siège social: The AIG Building, 58 Fenchurch Street, Londres EC3M 4AB, Royaume-Uni.

Succursale Belge située à Boulevard de la Plaine 11, 1050 Bruxelles, Belgique. | Tél: (+32) (0)2 739 90 00 | RPM Bruxelles – TVA n° 0847.622.919

Numéro de compte bancaire: 570-1210370-62 - IBAN: BE51 5701 2103 7062 - BIC: CITIBEBX auprès de la banque Citibank

Veillez trouver notre Privacy Policy sur www.aig.be/be-privacy-policy | © 2012 AIG Europe Limited - All rights reserved.



C E R T I F I C A T D E S E J O U R



N° de POLICE + N° de Certificat: _____

Séjour en hôpital du: ____ / ____ / ____ au: ____ / ____ / ____

Données personnelles

Les données à caractère personnel (ci-après les « Données »), communiquées à AIG Europe Limited, Succursale de Belgique (ci-après « AIG ») sont traitées en conformité avec la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. Les Données seront traitées dans le but d'assurer la bonne gestion et l'utilisation optimale des services fournis par AIG y compris l'évaluation des risques, la gestion des contrats, des sinistres et la prévention de crimes, comme la fraude ainsi qu'afin de permettre à AIG de se conformer à toutes ses obligations légales. Afin de réaliser ces objectifs, AIG peut être amené à communiquer les Données à d'autres sociétés du groupe auquel AIG appartient, à des sous-traitants ou des partenaires. Ces sociétés, sous-traitants ou partenaires peuvent être situés dans des pays en dehors de l'Espace Economique Européen qui n'offrent pas nécessairement le même niveau de protection que la Belgique. AIG prendra des mesures de précaution afin d'assurer la sécurité des Données.

Sauf opposition de la part de la personne concernée, les Données peuvent être utilisées à des fins de marketing.

Conformément à la loi, AIG réserve un droit d'accès, de modification ou d'opposition (en cas de motif légitime) au traitement effectué avec les Données.

Pour faire usage de ces droits, chaque personne concernée peut contacter AIG par écrit à l'adresse Blvd. de la Plaine 11, 1050 Bruxelles.

Pour autant que de besoin, la personne concernée donne par la présente son consentement au traitement et communication dans les limites et dans les conditions décrites ci-avant et particulièrement en ce qui concerne les données relative à sa santé. Vous trouvez la liste complète et, de manière plus générale, la Politique relative à la protection de la vie privée complète de l'Assureur sur www.aig.be/be-privacy-policy.

Date: ____ / ____ / ____

Signature de l'assuré: _____

A COMPLETER PAR L'HOPITAL

Prière de ne laisser aucune question sans réponse.

Des communications confidentielles peuvent être jointes sous pli scellé contenant la mention "secret médical".

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

Date de naissance: ____ / ____ / ____

a été admis(e) au service: _____

en date du: ____ / ____ / ____ , à: _____ heures

a (ensuite) séjourné(e) dans le(s) service(s) _____ du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

_____ / ____ / ____ / ____ / ____

_____ / ____ / ____ / ____ / ____

 est sorti(e) de l'hôpital le ____ / ____ / ____ , à _____ heures est décédé(e) le ____ / ____ / ____ , à _____ heures

Pendant cette hospitalisation, y a-t-il eu un séjour dans le(s) service(s):

Soins intensifs ? Non Oui, du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____Revalidation? Non Oui, du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

Nombre de jours pour lesquels des FRAIS DE SEJOUR ont été facturés: _____ jours

One-day clinic? Non Oui, spécifier SVP: Maxi-forfait
 Super-forfait
 Mini-forfait

Date: ____ / ____ / ____

Signature: _____

