



Tiers responsable :

Non

Oui : Nom & prénom : .....

Adresse : .....

Compagnie d'assurances : .....

références et n° de police : .....

cochez la case correspondante

## 8. Traitement

a) date premier traitement : ..... / ..... / .....

médecin qui a prodigué les premiers soins : nom : .....

domicile : ..... pays : .....

hôpital des premiers soins : nom : .....

domicile : ..... pays : .....

a) Actuellement encore en traitement ?

non

oui : médecin de traitement actuel : nom : ..... domicile : .....

cochez la case correspondante

hôpital de traitement actuel : nom : ..... domicile : .....

## 9. Assurances

a) sécurité sociale/mutuelle :  non  oui : nom : .....  
n° d'affiliation : .....

b) autre assurance assistance :  non  oui : compagnie d'assurance : .....  
n° de police : .....

c) assurance accidents individuelles :  non  oui : compagnie d'assurance : .....  
n° de police : .....

d) assurance d'hospitalisation :  non  oui : compagnie d'assurance : .....  
n° de police : .....

e) assurance groupe par l'employeur :  non  oui : nom de l'employeur : .....  
compagnie d'assurance : .....  
n° de police : .....

cochez la case correspondante

## 10. Frais

Date	Description	Déjà payé ?	Montant	Intervention mutuelle
..... / ..... / .....	.....	oui/non	.....	.....
..... / ..... / .....	.....	oui/non	.....	.....
..... / ..... / .....	.....	oui/non	.....	.....
..... / ..... / .....	.....	oui/non	.....	.....
..... / ..... / .....	.....	oui/non	.....	.....

biffer la mention inutile

## 11. Documents à joindre

Au point : 4 : Facture d'inscription du touropérateur

- 10 : - l'attestation de votre mutualité mentionnant le montant de son intervention  
- copie des notes de frais médicaux  
- vignette de votre mutualité

Le soussigné déclare répondre aux questions ci-avant en tout honnêteté. La Cie AWP P&C S.A. – Belgian branch est automatiquement déliée de toutes ses obligations en cas d'ommission ou inexactitudes intentionnelles.

Signature de l'assuré(e), précédée de  
'lu et approuvé'

Date : ..... / ..... / .....

Entreprise agréée sous le code 2769 – numéro d'entreprise: 0837.437.919.

Le maître des fichiers est AWP P&C S.A. - Belgian branch. Ces données sont collectées afin d'assurer une gestion efficace du contrat et des dossiers sinistres. A ces fins, le patient accorde à AWP P&C S.A. - Belgian branch également l'autorisation de traiter les données médicales. Le patient a le droit d'accès et de rectification de ces données. Le patient a aussi la possibilité d'obtenir des informations complémentaires auprès du registre public de la Commission de la Protection de la Vie Privée (n° d'identification VT4003753 et VT4003754) (loi du 8.12.1992).