

■ Déclaration de Sinistre

Protection Budgétaire Familis / Familis Protection

CONFIDENTIEL

N° de dossier Familis :

Date de début incapacité de travail / décès / faillite (JJ,MM,YYYY) : / /

Victime du sinistre (cocher) :

<input type="checkbox"/> Preneur Familis	
<input type="checkbox"/> Partenaire du Preneur Familis : (uniquement Familis Protection)	Nom/prénom : Adresse : Date de naissance : / /

Garantie concernée:

<input type="checkbox"/> Incapacité Totale de Travail	<input type="checkbox"/> Décès	<input type="checkbox"/> Licenciement et chômage suite à faillite de l'employeur (uniquement Familis Protection)
Date du diagnostic de l'affection entraînant l'incapacité : / /		
Si rechute pour une même cause :		
N° de sinistre :		

Paiement :

Les indemnités doivent être payées :	<input type="checkbox"/> au producteur	<input type="checkbox"/> au preneur Familis	<input type="checkbox"/> au bénéficiaire en cas de décès
		au compte bancaire n°	titulaire du compte :

L'assuré certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

Il s'engage à demander aux tiers (médecins traitants, établissements hospitaliers, organismes d'assurances sociales, autres entreprises d'assurances, autorités, etc.....) tous les renseignements utiles au sujet des maladies, accidents, infirmités survenus et à les communiquer au médecin conseil de la compagnie.

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 et dans le cadre de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques.

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.

Il 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 / /

Le producteur d'assurance

Le preneur Familis / le bénéficiaire en cas de décès

Ce document doit être complété le plus complètement possible et renvoyé à AG Insurance,

Nord : schadebanoord.broker@aginsurance.be ou par fax :+32(0)3 218 32 13

Sud : sinrcsud.broker@aginsurance.be ou par fax :+32(0)71 27 69 91