

RELEVÉ DES DEBOURS (A annexer à vos frais)

Nom et Prénom de la victime :	Référence sinistre :
Date de l'accident :	N° de police :
Coordonnées du Preneur d'Assurance (école, groupement, Institution) :	

AVIS IMPORTANT

La compagnie d'assurance se réserve toujours le droit d'accepter ou de refuser d'intervenir dans un sinistre.

QUE DEVEZ VOUS FAIRE POUR ETRE INDEMNISE(S)

1. Faites établir le certificat médical de premier constat des lésions consécutives à l'accident, au plus tard dans les 8 jours qui suivent le sinistre.
2. Réglez vous-mêmes les notes de frais qui vous sont présentées par le médecin, la clinique, le pharmacien,...
3. Soumettez ces notes à votre mutuelle en réclamant une quittance d'intervention détaillée destinée à la compagnie d'assurances
4. Transmettez-nous ensuite (par voie électronique ou postale)** le présent formulaire dûment complété et signé **AVEC**
 - a) la quittance de votre mutuelle - ce document est indispensable à la gestion de votre dossier !
 - b) vos justificatifs (factures, copie d'attestations de soins, tickets de pharmacie etc. **(au format .PDF¹)**).

****Attention : vous êtes tenus de conserver vos documents originaux à disposition de la compagnie d'assurances pendant une durée de 5 ANS.**

Le remboursement de la compagnie d'assurances peut s'effectuer sur le COMPTE BANCAIRE :	
IBAN _____	BIC : _____
Nom et prénom du titulaire du compte :	
Adresse :	
Téléphone / E-mail :	

Les données à caractère personnel recueillies, sont traitées par ADESIO Assurances ASBL conformément au RGPD ainsi qu'à toutes les réglementations belges applicables en matière de protection des données. Ces données seront traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire. Les obligations d'ADESIO Assurances ASBL en la matière sont détaillées dans notre Charte Vie privée, disponible sur demande et prochainement sur notre site internet : www.adesio.be

Je donne mon accord à ADESIO Assurances ASBL pour le traitement de données personnelles pertinentes pour la gestion du sinistre repris, y compris les données relatives à ma santé et/ou celle de, enfant mineur, dont je suis titulaire de l'autorité parentale, en cas de sinistre survenu à ce dernier.

Fait à le/...../.....
Signature + qualité (père, mère, + Mention lu et approuvé):

¹ Pas de photo – uniquement scan PDF

	Destinataire :
	DOCUMENT A RENDRE COMPLETE ET SIGNE à ADESIO Assurances ASBL Chaussée de Marche, 604 à 5101 ERPENT - Tél. 078/150 154 sinistre@adesio.be - www.adesio.be