



Formulaire abrégé de déclaration de sinistre pour les frais médicaux <250 EUR.

Merci d'envoyer ce formulaire à ACE Europe:

avenue des Nerviens 9-31, bte 7, 1040 Bruxelles, BELGIQUE, tél +32 2 516 97 83, fax +32 2 516 97 82.

Numéro de contrat: _____ Adresse e-mail: _____

Nom et initiales: _____

Adresse: _____

Code postal: _____

Téléphone: _____

Numéro de compte bancaire: _____

Date de naissance: _____

Date et description des blessures / maux: _____

Accident: Oui / Non

Avez-vous déjà souffert des mêmes maux ? Oui / Non

Si oui: à quelle date pour la dernière fois ? _____

Etes-vous assuré par une mutualité ? Oui / Non

Si oui, merci d'envoyer à ACE Europe les documents justificatifs relatifs à l'intervention de cette mutualité.

Nom du médecin:	Numéro de facture:	Montant honoraires:	Payer à:	
			médecin	assuré

Le soussigné déclare avoir répondu honnêtement et complètement aux questions mentionnées au présent formulaire et qu'à sa connaissance, il ne possède plus d'autres informations qui pourraient être utiles à la compagnie.

Lieu: _____ Date: _____

Signature: