



C^{IE} D'ASSURANCE



CONTRAT N°

sinistre n°



Références

direction

Preneur d'assurance

nom de société

succursale

rue

NP/localité



Blessé/assuré

nom

né(e) le

état civil

prénom

n° AVS

rue



NP/localité



Informations concernant l'accident



Information pour le personnel médical

Madame, Monsieur,

La personne concernée est assurée sous le numéro de contrat susmentionné et nous vous saurions gré de bien vouloir rappeler cette référence sur toute votre correspondance [rapport, demandes, factures]. De cette manière, vous nous permettez de transmettre vos envois sans retard à la direction concernée. Ainsi, vous contribuez à maintenir la dépense administrative à un minimum et à éviter d'inutiles retards. Bien entendu, vous pouvez aussi simplement agraffer la présente feuille à votre document.

Soucieux de limiter également vos propres frais administratifs, nous vous demanderons un certificat indiquant le début du traitement, de même que d'autres rapports médicaux, uniquement si cela s'avère nécessaire. Nous vous prions d'attester - comme jusqu'à présent - une éventuelle incapacité de travail sur le certificat d'accident.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, nos meilleures salutations.

La compagnie d'assurance.

