

PERSONNE JE CONTACT

M COENRAETS VINCENT (SINISTRES)

TEL: 02/509.08.55



ASSURANCE COLLECTIVE SOINS DE SANTE
FONDS SOCIAL DE L'INDUSTRIE DU BETON - DECLARATION OUVRIERS

(à adresser aux ASSURANCES FEDERALES, rue de l'Etuve 12 - 1000 BRUXELLES)

Matricule : 222.914 | N° Police : 9.000 | Branche : 407 | N° Dossier :

Firme : - nom Tél. Fax.
- adresse et code postal

La firme paie-t-elle des cotisations au Fonds Social ? OUI [] NON []
Assuré : - nom/prénom
- adresse et code postal
- date de naissance / / Tél.
- Est occupé par la firme comme ouvrier OUI [] NON []
- Si oui, depuis / /
- En prépension ou en pension anticipée OUI [] NON []
- L'intéressé ressort à la sous-commission paritaire n° 106/2 - agglomérés de ciment OUI [] NON []
La FIRME AFFILIEE confirme sur son honneur que les renseignements susmentionnés sont exacts.
Date / / Signature et cachet de la firme

Le FONDS SOCIAL confirme l'exactitude des réponses données par la firme (cachet, date et signature)
Mentionner les remarques éventuelles s.v.p.

Période d'hospitalisation : du / / au / /
Les frais médicaux sont la conséquence de MALADIE [] ACCIDENT [] ACCIDENT (CHEMIN) DU TRAVAIL []
Existe-t-il une police auprès d'un autre assureur qui couvre également les frais médicaux ? OUI [] NON []
Si oui, lequel ?
A JOINDRE : - si accident ou accident (chemin) du travail : description précise des faits, nom et adresse du tiers responsable éventuel, identité de l'assureur du tiers responsable ou de l'assureur accidents du travail
- dans tous les cas : une attestation médicale avec la description du motif de l'hospitalisation sous enveloppe fermée à l'attention du médecin conseil de la S.C. LES ASSURANCES FEDERALES.
L'OUVRIER ASSURE donne par la présente son consentement spécial quant au traitement et la communication des données médicales le concernant, dans le cadre de la gestion du sinistre précité (art. 7 de la loi du 8.12.1992 relative à la protection de la vie privée).
Date / / Signature assuré
Numéro compte financier
au nom de

Afin de pouvoir bénéficier de l'indemnité, il y a lieu de fournir les originaux des notes d'honoraires et des frais divers avec détail des prestations, ventilées par date. La justification des prestations de soins et de fournitures pré- et posthospitalisation doit être fournie au moyen d'une note d'honoraires, d'une facture ou d'une attestation du médecin, du pharmacien ou du kinésithérapeute, ainsi que de la prescription médicale. Il y a lieu de fournir finalement un décompte détaillé de la mutuelle avec le montant de ses remboursements, par date des prestations.
Toute correspondance ultérieure doit mentionner le numéro du dossier que tous les intéressés recevront de la S.C. LES ASSURANCES FEDERALES.

41.08.021 12/97