

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :

+ SOUS TOTAL I :

MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
 Institut Saint Joseph
 Avenue Mascaux, 545
 6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
 INSPECTION DU HAINAUT
 PLACE DE L'EVECHE 1
 7500 TOURNAI
 Téléphone 069/22.67.85
 Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
 CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
 VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
 + SOUS TOTAL I :
 MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :

+ SOUS TOTAL I :

MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :

EFLS du XII
Institut Saint Joseph
Avenue Mascaux, 545
6001 MARCINELLE

Bureau Diocésain d'assurance
INSPECTION DU HAINAUT
PLACE DE L'EVECHE 1
7500 TOURNAI
Téléphone 069/22.67.85
Fax 069/84.13.69

POLICE N° 400012590301

DATE DU SINISTRE :

VICTIME

NOM DE LA VICTIME :

PRENOMS :

ADRESSE :

DATE DE NAISSANCE :

NOTES IMPORTANTES DESTINEES A LA VICTIME

- 1° CE RELEVÉ DOIT ACCOMPAGNER TOUTE DEMANDE D'INDEMNISATION (DOMMAGES CORPORELS ET/OU MATERIELS). SANS CE DOCUMENT, IL NOUS SERA IMPOSSIBLE D'ENVISAGER UNE INTERVENTION.
- 2° AVANT DE NOUS TRANSMETTRE VOS NOTES DE FRAIS, VOUS DEVEZ PAYER CELLES-CI ET PRESENTER LES JUSTIFICATIFS A VOTRE MUTUALITE (POUR LA FRANCE : A VOTRE CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE)
- 3° MODE DE PAIEMENT : UNIQUEMENT PAR VIREMENT SUR UN COMPTE FINANCIER (PAS DE CHEQUE).

N° DE COMPTE : IBAN £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £ £

BIC £ £ £ £ £ £ £ £

NOM DU TITULAIRE :

NOM DE L'ORGANISME FINANCIER :

PARTIE I - ATTESTATION D'INTERVENTION DE LA MUTUALITE

La soussignée Mutualité atteste être intervenue dans les frais causés par le sinistre identifié ci-dessous à concurrence des montants suivants :

TYPE	N° DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT REEL DES FRAIS	INTERVENTION MUTUELLE	SOLDE A CHARGE DE LA VICTIME
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FAIT A LE
CACHET DE LA MUTUELLE

SOUS TOTAL I :

PARTIE II – FRAIS POUR LESQUELS LA MUTUALITE NE PREVOIT PAS D'INTERVENTION
VEUILLEZ OBLIGATOIREMENT JOINDRE LES ORIGINAUX DES JUSTIFICATIFS

TYPE DES PRESTATIONS	DATE	MONTANT DES FRAIS
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

SOUS TOTAL II :
+ SOUS TOTAL I :
MONTANT TOTAL RECLAME :