



6. À remplir pour tous dommages aux biens  
ou tous préjudices financiers.

N° événement ..... Assuré : .....

ÉTAT ESTIMATIF DES BIENS DÉTRUITS, DÉTÉRIORÉS OU VOLÉS - (à remplir impérativement)

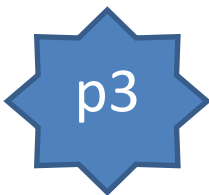
DÉSIGNATION marque et type	Date d'achat ou date de mise en fonction	Prix d'achat (1)	Frais de remise en état (2)	Qualité de l'assuré vis-à-vis du bien : propriétaire, locataire, emprunteur/dépositaire... (Duire du prêt éventuel)

(1) Joindre facture d'achat, à défaut, attestation du vendeur, documents d'inventaires, comptables, etc...  
(2) Joindre devis.  
En cas de vol, joindre le récépissé de déclaration de vol aux autorités de Police ou de Gendarmerie.  
Dater et signer, l'assuré devant faire précéder sa signature de la mention manuscrite "Certifié sincère et véritable".

Date :

Signature

7. À remplir et  
signer par le la  
mandataire de  
la coopérative.



8. À renseigner uniquement pour les accidents corporels  
ayant nécessité des soins médicaux.

FEUILLE DE FRAIS

REFERENCES :

Il est indispensable de joindre les photocopies des notes d'honoraires des médecins, chirurgiens ou autres spécialistes et les relevés de frais (clinique, hôpital, pharmacie, radiologie, ambulance, etc...), accompagnés **des originaux des bordereaux des prestations** servies par la Sécurité Sociale et les autres organismes de prévoyance.

Le présent relevé n'est qu'indicatif, notre remboursement s'effectuant dans les limites des garanties définies aux Conventions Spéciales du contrat dont vous bénéficiez.

DÉSIGNATION DES ACTES (visites, frais médicaux, etc...)	DATE DES SOINS	MONTANT	REBOURSEMENTS À SOUSTRAIRE		SOMMES RESTÉES À CHARGE
			SÉCURITÉ SOCIALE	RÈGLEMENTS COMPLÉMENTAIRES	

