



Déclaration de sinistre

(Assurance Hospitalisation)

Schadensmeldung

(Krankenhausaufenthaltsversicherung)

1 Votre contrat / Ihr Vertrag

Police n° / Versicherung Nr. _____ Agence / Versicherungsvertreter _____

Sinistre n° / Schadensfall Nr. _____

2 Rapport du médecin traitant / Bericht des behandelnden Arztes

Dr. _____

3 Patient / Patient

Nom du patient / Name des Patienten _____

Adresse / Wohnsitz _____

Profession / Beruf _____

Date de naissance / Geburtsdatum _____

Sinistre n° / Schadensfall Nr. _____ du / vom _____

Quand avez-vous examiné le patient pour la première fois ? /

Wann haben Sie den Patienten erstmals untersucht? _____

Dans quel établissement le patient est-il (a-t-il été) hospitalisé ? /

In welches Krankenhaus wurde der Patient aufgenommen? _____

Plaintes du patient ? / Über welche Beschwerden klagt der Patient? _____

Votre diagnostic ? / Wie lautet Ihre Diagnose? _____

Nature précise du traitement envisagé / Präzisieren Sie die Art der beabsichtigten Behandlung

– pharmaceutique / pharmazeutisch _____

– chirurgical / chirurgisch _____

– radiologique / röntgenologisch _____

– autres / sonstige Behandlung _____

Origine présumée ou établie du mal ayant nécessité l'hospitalisation ? /

Vermutliche oder erwiesene Ursache für die Krankenhauseinweisung? _____

Depuis quand le patient souffre-t-il du mal ayant nécessité l'hospitalisation ? /

Seit wann besteht das Leiden welches zum Krankenhausaufenthalt geführt hat? _____

Durée effective / probable de l'hospitalisation ? /

Tatsächliche / voraussichtliche Dauer des Krankenhausaufenthaltes? _____

Durée effective / probable du traitement ? /
Tatsächliche / voraussichtliche Dauer der Behandlung? _____
Guérison à prévoir pour quand ? / Voraussichtlicher Genesungstermin? _____
Y-a-t-il lieu de craindre une issue mortelle ? / Ist ein tödlicher Ausgang zu befürchten? _____
Le patient a-t-il suivi régulièrement le traitement prescrit ? /
Hat sich der Patient regelmässig der vorgeschriebenen Behandlung unterzogen? _____
Des radiographies ont-elles été pratiquées ? / Wurden Röntgenaufnahmen gemacht? _____
Si oui, par qui ? / Wenn ja, von wem? _____

Proposez-vous / Empfehlen Sie

- La consultation d'un spécialiste ? Si oui, lequel ? /
die Heranziehung einen Spezialisten? Wenn ja, in welcher Fachrichtung? _____
- Un transfert à l'étranger ? / eine überführung ins Ausland? _____
Dans quel établissement et dans quel service ? /
In welches Krankenhaus und in welcher Abteilung? _____

4 Observations / Anmerkungen

Le preneur d'assurance et / ou l'assuré soussigné(s) autorise(nt) la compagnie AXA Assurances Luxembourg à enregistrer les données personnelles collectées dans la présente déclaration ou communiquées ultérieurement par tout autre moyen, nécessaires à la gestion et au règlement du dossier sinistre y relatif. Ces données pourront notamment être communiquées à toute personne physique ou morale étrangère à la Compagnie et intervenant à quelque titre que ce soit dans la gestion ou dans le règlement du sinistre. Pour autant que les données ne concernent pas les éléments indispensables à la gestion du dossier, leur communication n'est pas obligatoire. Le preneur d'assurance ou l'assuré ont à tout moment droit à l'accès des données communiquées et ont la possibilité de faire rectifier les données à caractère personnel.

Der Versicherungsnehmer und/ oder der unterzeichnende Versicherte berechtigen die Gesellschaft AXA Assurances Luxembourg, die persönlichen Angaben, die mit dieser Erklärung mitgeteilt wurden oder auf sonstigem Wege noch mitgeteilt werden und die zur Verwaltung und zur Abwicklung von Schäden notwendig sind, zu verarbeiten. Die Angaben können an jede natürliche oder juristische Person außerhalb der Gesellschaft, die mit der Vertragsverwaltung oder der Schadensabwicklung betraut ist, weitergegeben werden. Sofern die Angaben keine zur Bearbeitung unerlässlichen Elemente enthalten, ist die Weitergabe nicht obligatorisch. Der Versicherungsnehmer oder der Versicherte haben jederzeit das Recht auf Einsichtnahme und Berichtigung der Daten durch schriftlichen Antrag.

Fait à / Ausgestellt in _____ le / den _____ / _____ / _____

Signature et cachet du médecin traitant / Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes
