7ème étage - Immeuble FITARATRA - Ankorondrano B.P 1118 - Antananarivo 100 - Madagascar
Tel. Fixe : +261 (0) 20 22 228 82 –

DECLARATION DE SINISTRE

PARTIE A REMPLIR PAR L'ASSURE

Nom de la Société adhérente:

S'IL S'AGIT D'UNE MALADIE

Nom et prénom du participant (assuré principal) : .....

Nom du malade : .....

Qualité du malade : (participant ou conjoint ou enfant):.....

Date du commencement de la maladie (***) :.....

Nature de la maladie (***) :.....

OU **S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT (***) (Le cas échéant)**

Nom de la personne accidentée:.....

Date de l'accident:.....heure:.....Lieu:.....

Causes et circonstances de l'accident:.....

Nature et siège des blessures: .....

MODALITE DE REMBOURSEMENT (***) (à cocher)

☐ **Par virement : Veuillez annexer le RIB certifié de la banque de l'assuré principal (*)**

Banque : …… Agence : ……..……..……

☐ **Par Mvola - numéro téléphonique de l'assuré principal (avec Compte Mvola / obligatoire) (*) et (**) : ……..……..……..……**

NB : Montant à rembourser inférieur à 2 000 000Ar.

☐ **Par chèque (barré / non endossable au nom de l'assuré principal) : ……**

NB : Exceptionnellement, veuillez annexer une lettre de demande manuscrite avec une copie de votre CIN, qui sera à récupérer au siège de SANLAM.

Adresse de l'assuré principal ou patient : ……..……..……
Email : …… Contact (***) : . ……..……..……

(*) Je m'engage sur l'exactitude des informations et dégage la responsabilité de MCI CARE Madagascar
(**) Frais du transfert à la charge de la société
(***) MENTION OBLIGATOIRE

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES

Constituez un dossier par maladie et par personne assurée

Ordonnance *: Les informations ci-après doivent figurer sur l'ordonnance : Nom du médecin / Nom de cabinet / N° ONM / Adresse / Contact téléphonique / Cachet et Signature*
Relevé d'honoraires *: Le relevé d'honoraires doit être accompagné de toutes pièces médicales (ordonnances, notes de laboratoires d'analyses, factures acquittés détaillées etc.)*
Nature de la maladie *: Ce renseignement* ***est obligatoire*** *afin de permettre à l'assureur d'appliquer les dispositions du contrat. Le règlement ne peut être effectué si la nature de la maladie n'est pas indiquée.* ***C'est à l'assuré lui-même*** *d'indiquer la nature de la maladie et* ***non au médecin****, celui-ci étant lié par le secret professionnel (ce secret fait également partie des obligations de l'assureur). Toutefois si l'assuré estime que la communication de renseignements concernant son état de santé doit rester confidentielle, il peut adresser la présente déclaration sous pli cacheté au Médecin Contrôleur de la Compagnie qui seul en prendra connaissance. Il est alors indispensable de* ***mentionner sur l'enveloppe le nom de l'assuré et le Nom du Contractant****.*
Rassemblez toutes les pièces de votre dossier à l'intérieur de ce formulaire qui formera chemise, et vérifiez avant l'envoi que rien n'a été omis.
NB : Le non-respect de ces recommandations peut faire rejeter votre demande de remboursement et en retarder son traitement.

A……, le……

VISA – RH **Signature de l'assuré** (***)

Cachet de la société et signature du responsable

Tournez la page s'il vous plaît

RELEVE D'HONORAIRES – PIECES REMISES

Nature des pièces (ordonnances conformes, factures originales cachetées & acquittée, récépissés…)	**Nombre**	**Montant**
TOTAL		

Utiliser une 2ème feuille si nécessaire