

Relevé des débours

Souscripteur	
Nom :	.....
Rue, Numéro, Boîte.....	.....
Code Postal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Commune
Nom de la Compagnie :	.....
Numéro de police d'assurance :	.....

Victime	
Date du sinistre :	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Nom	Prénom.....
Lieu de naissance	Date de naissance <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Adresse :	Rue, Numéro, Boîte.....
Code Postal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Commune Pays
Mutualité :	Code <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ou Nom
	Rue, Numéro, Boîte.....
Code Postal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Commune Pays
Numéro de compte auprès d'un établissement financier	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Nom du titulaire :	.....

Instructions :

- Ce relevé doit accompagner toute demande d'indemnisation,
- Avant de nous transmettre vos notes de frais, vous devez payer celle-ci et présenter les justificatifs à votre mutualité qui complètera ce formulaire.

Partie I – Attestation d'intervention de la mutualité

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

Prestations			Montant réel des frais	Intervention Mutualité	Solde à charge de la victime
Type	Numéro	Date			
			€	€	€
			€	€	€
			€	€	€
			€	€	€
SOUS TOTAL I					€

Partie II – Frais pour lesquels la mutualité ne prévoit pas d'intervention ou refuse d'intervenir pour le motif suivant :

Pour ce type de frais, veuillez obligatoirement joindre les **originaux** des justificatifs détaillés.

Prestations			Montant réel des frais
Type	Numéro	Date	
			€
			€
			€
			€
SOUS TOTAL II			€
SOUS TOTAL I			€
MONTANT TOTAL			€

Relevé des débours

Souscripteur	
Nom :	.....
Rue, Numéro, Boîte.....	.....
Code Postal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Commune
Nom de la Compagnie :	.....
Numéro de police d'assurance :	.....

Victime	
Date du sinistre :	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Nom	Prénom.....
Lieu de naissance	Date de naissance <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Adresse :	Rue, Numéro, Boîte.....
Code Postal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Commune Pays
Mutualité :	Code <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> ou Nom
	Rue, Numéro, Boîte.....
Code Postal <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>	Commune Pays
Numéro de compte auprès d'un établissement financier	<input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> - <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Nom du titulaire :	.....

Instructions :

- Ce relevé doit accompagner toute demande d'indemnisation,
- Avant de nous transmettre vos notes de frais, vous devez payer celle-ci et présenter les justificatifs à votre mutualité qui complètera ce formulaire.

Partie I – Attestation d'intervention de la mutualité

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

Prestations			Montant réel des frais	Intervention Mutualité	Solde à charge de la victime
Type	Numéro	Date			
			€	€	€
			€	€	€
			€	€	€
			€	€	€
SOUS TOTAL I					€

Partie II – Frais pour lesquels la mutualité ne prévoit pas d'intervention ou refuse d'intervenir pour le motif suivant :

Pour ce type de frais, veuillez obligatoirement joindre les **originaux** des justificatifs détaillés.

Prestations			Montant réel des frais
Type	Numéro	Date	
			€
			€
			€
			€
SOUS TOTAL II			€
SOUS TOTAL I			€
MONTANT TOTAL			€