

Cabinet Jean-Luc MAIXANT
28, rue de Liège
64000 PAU
Tél : 0559278130 Fax : 0559828561

Assurance Groupe AGF Implant Cochléaire
Souscrite pour les adhérents de l'Association COCHLEE FRANCE

DECLARATION DE SINISTRE

A adresser à Mr Maixant
Dans un délai de 5 jours à compter de la date du sinistre

N° Contrat : **41805492** (un implant) **41805505** (deux implants)

Mme, Mr :

Adresse :

..... TEL :

Nom de la personne implantée :

Date du sinistre :

Références de l'appareil accidenté (date d'implantation ou date d'achat et caractéristiques) :

.....
.....

Décrire de façon détaillée les circonstances de l'accident :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Y a-t-il un tiers responsable ? OUI NON

Si oui, son nom, prénom et adresse ?
.....
.....

Y a-t-il des témoins ? OUI NON

Si oui, joindre le témoignage.

Fait à :, le :

Signature :