

RELEVÉ REMBOURSEMENT FRAIS DE SANTE

CRÉDIT : 688 50 93 22

ASSURANCE MALADIE - DECLARATION DE SINISTRE

SOUSCRIPTEUR DU CONTRAT :

JOINDRE TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES
ORIGINALES Y COMPRIS PRESCRIPTIONS,
ORDONNANCES, FACTURES ET REÇUS.

N° DE LA POLICE : 115/20000016-4

ASSURE

Nom (en capitales) : TABONG

Prénoms : GLORIE

Date de naissance : 29 Mars 1981

N° d'ADHESION / MATRICULE

CATEGORIE

N° COMPTE MALADE

Nom (en capitales) : TABONG

Prénoms : GLORIE

Date de naissance : 29 Mars 1981

N° d'ADHESION / MATRICULE

S'IL S'AGIT
D'UNE
MALADIE

Nature de l'affection : HTA

S'IL S'AGIT
D'UN
ACCIDENT,
PRECISER :

1°) Les circonstances de l'accident :

2°) Si un tiers peut être responsable :

NON

Nom et prénoms :

Adresse :

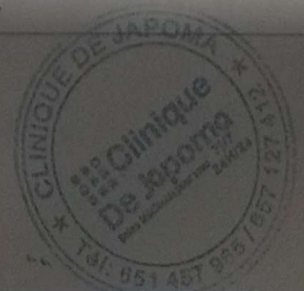
Assureur :

3°) Les noms et adresses des témoins éventuels :

DATE : 20/05/2025

Signature

Dr SIMEU STEPHANE
Cardiologue Adulte et Pédiatrique
CHMC: 6144711
Tél: 696 137 571 / 678 979 870



Compagnie d'Assurances

SA au Capital : 7 000 000 000 F CFA
Entièrement libéré
Régie par le Code CIMA

N° C M 080 000 000 276 M
N° C / Y A O : 2013 / M / 256
N° Stat : 6960301 - W
SICAM - STETE2ASSU000007

Siège Social : R.P. 11834 Yaoundé
Tél : (237) 222 20 60 48
Fax : (237) 222 20 60 50

Direction Générale : S.P. 1011 Dja
Tél : (237) 233 43 17 60
Fax : (237) 233 43 17 59
www.ASSE-RENTIASSURANCE.COM

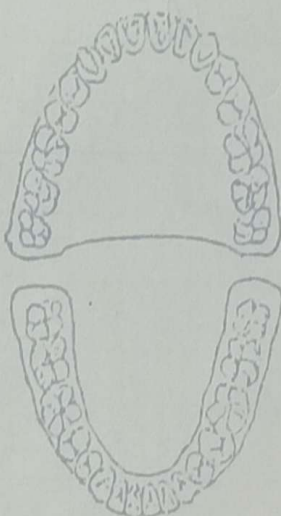
Employer une feuille différente pour chaque patient

DATE DE NAISSANCE _____

N° CARTE MUTUALISTE

[illegible]

SOINS

[illegible]

PROTHESE

PROTHESES		
DATE	DENTS	Coefficient
	TOTAL	

RECOMMENDATIONS