



## **Votre demande de versement 'maladies grave'**

Cher client, Chère cliente,

Vous avez souscrit chez Argenta Assurances l'assurance hospitalisation avec l'extension de garantie 'Argenta Cares 2 Cover'. Nous vous remercions pour la confiance que vous accordez à notre société.

Pour pouvoir évaluer si vous avez droit à une indemnité forfaitaire, nous avons besoin des données médicales complémentaires mentionnées ci-après. Vous n'avez pas besoin de vous soumettre à un nouvel examen médical. Votre médecin généraliste peut compléter les données sur la base de votre dossier médical.

- Document annexé 'Notification Maladie grave' (à faire compléter par votre médecin généraliste).
- Rapport le plus récent d'un spécialiste
- En cas d'affection cérébrale: MMSE standardisé

Pour l'envoi des documents, veuillez mentionner les données suivantes sur l'enveloppe:

*Au médecin-conseil  
Service médical Assurances vie  
Argenta Assurances SA  
Belgiëlei 49-53  
2018 Anvers*

Après la réception du rapport médical et de la notification 'Maladie grave' dûment complétée, nous vous informerons de notre décision ou nous procéderons immédiatement à l'indemnisation conformément aux conditions générales.

Veuillez agréer Chère cliente, Cher client, nos sincères salutations.

Le service Sinistres Assurances hospitalisation

Numéro de police:

Numéro de l'agent:



# Notification 'Maladie grave'

## À quoi sert ce formulaire?

Ce formulaire est **complété par le médecin généraliste**. Les informations que vous fournissez dans ce formulaire doivent faciliter le versement forfaitaire. Elles sont traitées avec la plus haute confidentialité.

## À qui faut-il transmettre ce formulaire?

Au médecin-conseil

Service médical Assurances vie

Argenta Assurances SA

Belgiëlei 49-53

2018 Anvers

1. Identification – à compléter par l'assuré	
Nom:	
Prénom:	
Sexe:	
Date de naissance:	
Rue / numéro / boîte:	
Code postal / commune:	

2. Maladies graves	
<input type="checkbox"/> Cancer	<input type="checkbox"/> stade I
	<input type="checkbox"/> stade II
	<input type="checkbox"/> stade III
	<input type="checkbox"/> stade IV
<input type="checkbox"/> Tumeurs hématologiques (myéloïde - lymphoïde - histiocytaire/dendritique)	<input type="checkbox"/> sans transplantation de cellules souches
	<input type="checkbox"/> avec transplantation de cellules souches
<input type="checkbox"/> Dialyse rénale	<input type="checkbox"/> pour cause d'altération chronique grave de la fonction rénale
<input type="checkbox"/> Transplantation	<input type="checkbox"/> cœur
	<input type="checkbox"/> poumons
<input type="checkbox"/> Brûlures	<input type="checkbox"/> 3e degré et > 15 % de la surface corporelle
<input type="checkbox"/> Troubles psychiques	<input type="checkbox"/> schizophrénie
<input type="checkbox"/> Paralyse pendant 1 an	<input type="checkbox"/> paraplégie (pas de paraparaparesie)
	<input type="checkbox"/> tétraplégie (pas de tétraparésie)

Numéro de police:

Numéro de l'agent:



<input type="checkbox"/> Maladies musculaires/nerveuses	<input type="checkbox"/> sclérose latérale amyotrophique (SLA)
	<input type="checkbox"/> atrophie musculaire progressive (AMP)
	<input type="checkbox"/> sclérose latérale primaire
	<input type="checkbox"/> paralysie bulbaire progressive
	<input type="checkbox"/> dystrophie musculaire de Duchenne
	<input type="checkbox"/> dystrophie musculaire de Becker
	<input type="checkbox"/> dystrophie myotonique (maladie de Steinert)
<input type="checkbox"/> Affections cérébrales (score maximal de 14 au mini mental state examination (MMSE))	<input type="checkbox"/> démence
	<input type="checkbox"/> maladie de Parkinson
	<input type="checkbox"/> atrophie multisystématisée (MSA)
	<input type="checkbox"/> paralysie supranucléaire progressive (PSP)
	<input type="checkbox"/> dégénérescence cortico-basale

3. Historique de la maladie grave	
Date des premiers symptômes:	
Date de la première consultation:	
Date du diagnostic:	

4. Annexes à ajouter	
Rapports spécialisés les plus récents	<input type="checkbox"/> OUI
En cas d'affection cérébrale: MMSE standardisé	<input type="checkbox"/> OUI

Nom, cachet et signature du médecin généraliste
Date: .....