

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

APPLICATION FOR REIMBURSEMENT

Formulaire à remplir obligatoirement en MAJUSCULES, au stylo à bille noir ou bleu

Form to be necessarily filled in CAPITAL LETTERS, with a black or blue ball-pen

Employeur Employer

Numéro employeur
Employer number

Raison sociale
business name

Adresse
Address

E-mail
E-mail

Victime Victim

Matricule Assuré
Insured number

Nom
Name

Prénoms
first name

Boite Postale
P.O. Box

Quartier
Neighbourhood

Lieu dit

Date accident
Date of accident

Nature des lésions
Nature of injuries

Siège des lésions
Location of injuries

Note de Remboursement Note of reimbursement

Date demande
date of application

Numéro du dossier
File number

Objet du remboursement
Subject of the reimbursement

Fournisseur
supplier

Adresse
Address

Tél
Phone

Bénéficiaire
beneficiary

Victime
Victim

Autre
Other

(si autres préciser le nom)
(if others specify the name)

Autre bénéficiaire
other beneficiary

Adresse
Address

