



**FORMULAIRE DE
RÉCLAMATION**
Assurance Beneva – Police 1SS60



SECTION 1 — INFORMATIONS DU MEMBRE NBHPA

Nom du membre (*Last name, First name*) :

Date de naissance (*Date of birth*) :

Numéro de membre NBHPA (*NBHPA ID*) :

SECTION 2 — DESCRIPTION DE L'ÉVÉNEMENT / EVENT DESCRIPTION

Date de l'accident (*Date of incident*) :

Lieu de l'accident (*Location of incident*) :

Description détaillée de l'incident (*Detailed description of the event*)

SECTION 4 — SIGNATURE DES TÉMOINS / WITNESSES

Nom complet de l'arbitre témoin (*Full name of the
witnessing referee*):

Signature : _____

Nom complet d'un deuxième témoin (*Full name of the
second witness*):

Signature : _____

Signature du réclamant (*Claimant's signature*) :

Joindre le formulaire de réclamation Beneva (preuve du sinistre) ainsi que votre prescription du médecin et la facture de votre réclamation à ce formulaire. Obligatoire afin que l'Assureur traite la demande. Faites parvenir le tout à l'adresse indiquée sur le formulaire de réclamation de BENEVA.