

A COMPLETE ANSWER MUST BE GIVEN TO EACH QUESTION / UNE REPOSE COMPLETE DOIT ETRE DONNEE A CHAQUE QUESTION

ALL SECTIONS MUST BE COMPLETED IN ORDER FOR US TO CONSIDER YOUR CLAIM / TOUTES LES SECTIONS DOIVENT ETRE REMPLIES
AFIN QUE VOTRE RECLAMATION PUISSE ETRE TRAITEE

SECTION I - TO BE COMPLETED BY THE BENEFICIARY / A ETRE COMPLETEE PAR LE BENEFICIAIRE

SECTION IA - IDENTIFICATION

Policy Number / Numéro de la police :

Employer's name - Name of the Insured / Nom de l'Employeur - Assuré :

Name of Beneficiary (The Patient) / Nom du Bénéficiaire (Le Patient) :

Date of birth / Date de naissance :

Telephone No / No de téléphone :

Home / Domicile : Mobile / Portable : Office / Bureau :

Email :

SECTION IB - NATURE OF CLAIM / NATURE DE LA RECLAMATION

1. Illness, Dental care, Ophthalmological care, Accident or others / Maladie, Soins Dentaires, Soins ophtalmologiques, Accident ou autres :
.....

If case of Accident, kindly ensure that SECTION IC is completed / En cas d'accident, merci de compléter la SECTION IC

2. Description of symptoms / Définition des symptômes :
.....
.....

3. Date of first appearance / Date des premières apparitions :
.....

4. Have you ever had this illness before? / Avez vous déjà eu cette maladie? : Yes / Oui No / Non

5. If yes, please give details: / Si oui, veuillez donner les détails:
.....

SECTION 1C - ACCIDENT

1. Do you have a Personal Accident insurance cover? / Avez-vous une couverture d'assurance Personal Accident ?

Yes / Oui No / Non

If yes, please give details and be informed that you should first submit your claim under your Personal Accident cover. / Dans l'affirmative, veuillez noter que vous devez d'abord soumettre votre réclamation sous votre couverture Personal Accident.

2. Date of accident / Date de l'accident :
3. Place of accident / Lieu de l'accident :
4. Circumstances of the accident / Circonstances de l'accident :
5. Nature of injuries / Natures des blessures subies :
6. Name of treating doctor / Nom du médecin traitant :

SECTION 2 - PLEASE SUBMIT ALL ORIGINAL DOCUMENTS RELATING TO YOUR CLAIM / MERCI DE SOUMETTRE TOUS LES ORIGINAUX RELATIFS A VOTRE RECLAMATION :

Please tick the appropriate box/boxes / Veuillez cocher la / les case(s) appropriée(s)

- Complete medical report from the treating doctor(s) / Rapport Médical complet du / des médecins traitant(s)
- Prescription of doctor / L'ordonnance du médecin
- Original invoices / Les factures originales
- Other fees paid / Les notes d'honoraires et autres frais acquittés
- Detailed receipts of pharmacy and / or laboratory / Les reçus détaillés de la pharmacie et / ou du laboratoire
- Prescription of lenses / La prescription des verres

In the case of dental treatment, please indicate the cost of treatment and tooth number relating to the treatment / En cas de traitements dentaires, veuillez indiquer le coût de chaque traitement ainsi que les numéros des dents y relatifs

Date	Treatment / Traitement	Tooth Number / No. de la dent	Amount Paid / Montant Payé

SECTION 3 - (IMPORTANT: THIS SECTION MUST BE COMPLETED BY THE TREATING DOCTOR) / CETTE PARTIE DOIT ETRE COMPLETEE PAR LE MEDECIN TRAITANT)

1. Name of treating doctor / Nom du médecin traitant :

.....

2. What is your diagnosis / Quel est votre diagnostic?

.....

.....

3. What treatment is being prescribed? / *Quelle est la nature du traitement?*

.....
.....

4. How long is the treatment ? / *Quelle est la durée du traitement ?*

.....

In case of surgery, please specify / *En cas d'intervention chirurgicale, veuillez préciser*

1. Name of surgeon / *Nom du chirurgien :*

.....

2. Nature of surgery / *Nature de la chirurgie :*

.....

3. Code of surgery, according to Scale of Costs / *Le code de la chirurgie selon le Barème de Coûts :*

.....

4. Duration of surgery / *Durée de l'intervention :*

.....

In the event of dental treatments, please indicate the cost per treatment and tooth number related to treatment. / *En cas de traitements dentaires, veuillez indiquer la date et le coût de chaque traitement ainsi que les numéros de dents y relatifs.*

Date	Treatment / <i>Traitement</i>	Tooth Number / <i>No. de la dent</i>	Amount Paid / <i>Montant Payé</i>

DECLARATION

After having examined the patient, Mr/Mrs
I the undersigned Dr declare that the information communicated
hereunder is true and that I have not concealed any information to the insurance company.

Après avoir examiné le patient, M./Mme
je soussigné Dr déclare que les informations que j'ai
communiquées ci-dessus sont vraies à ma connaissance, que je n'ai pas dissimulé d'informations à L'assureur.

.....
Date

.....
Signature of doctor / *Signature du médecin traitant*

SECTION 4

1. Total amount paid for the treatment / *Montant total des frais encourus* : Rs

2. Is the treatment relative to your illness/accident now completed? /
Est-ce que le traitement relatif à votre maladie/ accident est maintenant terminé ? Yes / Oui No / Non

If No, how long will the treatment last/ Si non, quelle sera la durée du traitement?

3. Are you insured under other medical / surgical / accidental insurances? /
Etes-vous assuré sous d'autres contrats d'assurances maladie / chirurgicale / accident ? Yes / Oui No / Non

If yes, please give details: / Si oui, veuillez donner les détails:

Name of insurance / Nom de l'Assureur	Name/ Nature of contract / Nom/ Nature du contrat	Inception date / Date de prise d'effet

I, the undersigned Mr/Mrs declare that the information communicated hereunder is true and that I have not concealed any information to the insurer. I acknowledge that any false information will nullify this claim and will render my insurance contract null and void. **I authorise Mauritius Union Assurance Ltd to look for any other information concerning health or treatments received related to this claim or my medical history.**

*Je, soussigné(e) M/Mme déclare que les informations que j'ai communiquées ci-dessous sont vraies à ma connaissance, et que je n'ai ni retenu / ni dissimulé des informations relatives à cette réclamation à l'Assureur. Je prends conscience que toute fausse déclaration rendra cette réclamation nulle et non-valide et entrainera la nullité de mon contrat. **J'autorise Mauritius Union Assurance Ltd à rechercher auprès de mon/ mes médecins traitant(s) toute information qu'elle jugerait nécessaire sur mon état de santé et/ ou les traitements reçus dans le cadre de la présente réclamation ou de mes antécédents médicaux.***

OBLIGATIONS - CLAIM NOTIFICATION / RAPPEL DE VOS OBLIGATIONS - DECLARATION DE SINISTRE

When making a claim, it is a prerequisite to the claim to be valid that it is sent to the insurer within three (3) months at the latest from the date of occurrence. Even if the prescribed treatment lasts more than three (3) months, the claim must still be notified within three (3) months.

NOTE : The insurer is allowed to request to the insured and/or his treating doctor additional information about the prescribed treatment and to ask for a medical attestation. The insurer is also entitled – at his own costs – to request that the beneficiary be examined by a doctor designated by the insurer. The beneficiary is requested to comply to this examination but can however ask his own doctor to assist. These information will be kept by the Insurer.

En cas de sinistre, vous devez, sous peine de déchéance, transmettre à l'assureur la demande de remboursement des frais encourus par le Bénéficiaire concerné au plus tard trois (3) mois après la date de survenance. Même si les traitements prescrits durent plus de trois mois, l'Assuré doit en aviser l'Assureur avant trois (3) mois.

NOTE : L'assureur est en droit de requérir de l'assuré ou du médecin traitant de l'Assuré des renseignements complémentaires sur le traitement prescrit et notamment de lui demander de produire une attestation médicale. L'Assureur a également la faculté de faire examiner, à ses frais, la personne soignée, par un médecin de son choix. Le Bénéficiaire est tenu de se soumettre à cet examen: il peut toutefois demander à ce que son médecin traitant y assiste. Ces informations seront conservées par l'Assureur.

I agree to the above

Signature of insured / *Signature de l'assuré* Date :

Signature of beneficiary / *Signature du bénéficiaire*
(if the patient is an adult) / (Si le/la patient(e) est un(e) adulte(e))

INTERNAL USE

Claim Number :

Amount Paid :

Cheque Number :