

Intermédiaire
N°, nom <input type="text"/>
Police n°
N° <input type="text"/>



Cachet d'entrée

Preneur

Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>	

Assuré concerné

Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>
Adresse <input type="text"/>	
Date de naissance <input type="text"/>	Profession <input type="text"/>
Banque et compte bancaire <input type="text"/>	

Déclarations relatives à l'accident

Date de survenance <input type="text"/>	Heure <input type="text"/>	
Lieu (endroit précis, localité, pays) <input type="text"/>		
L'accident a eu lieu	<input type="radio"/> dans le cadre de l'activité professionnelle de l'assuré	<input type="radio"/> pendant le trajet domicile - lieu de travail
	<input type="radio"/> en dehors de l'activité professionnelle => préciser: <input type="text"/>	
Témoins éventuels (nom, prénom, adresse) <input type="text"/>		

Déroulement précis de l'accident

<input type="text"/>		
Procès-verbal	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui si OUI, par qui <input type="text"/>
Décès de l'assuré: NON=> faire joindre au verso la déclaration du médecin traitant OUI => joindre le certificat médical de décès		
L'assuré est-il assuré en accident auprès d'une autre compagnie	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui
Si oui, laquelle <input type="text"/>	Police n°:	<input type="text"/>

Le soussigné	<input type="radio"/> Preneur	<input type="radio"/> Assuré	<input type="radio"/> Autre personne	Qualité <input type="text"/>	Nom, Prénom <input type="text"/>
				Adresse <input type="text"/>	
déclare sincères et complètes les déclarations ci-avant					
A <input type="text"/>	le <input type="text"/>	_____ Signature			

Déclarations du médecin traitant

Date de prise en charge du patient Heure

Est-ce vous-même qui avez donné les premiers soins à l'assuré? non oui

Si NON, nom et

adresse du médecin qui les a donnés

Le patient était-il au moment de l'accident sous influence d'alcool ou de drogue?

Si OUI, préciser

Peut-on en déduire un lien de causalité avec l'accident? non oui

Si OUI, préciser

Le patient était-il, préalablement à l'accident, atteint d'une infirmité, d'une invalidité ou d'une maladie? non oui

Si OUI, préciser

Peut-on en déduire un lien de causalité avec l'accident? ? non oui

Comment estimez-vous, à l'heure actuelle, la nature exacte, la localisation et l'étendue des lésions des organes ou des membres atteints?

Ce diagnostic est-il? définitif susceptible d'évoluer

Existe-t-il un risque de décès consécutif? non oui

L'accident a-t-il comme conséquence:

=> une invalidité permanente non oui

=> une hospitalisation non oui du au

=> une incapacité de travail (ou scolaire): totale non oui du au

partielle non oui à % du au

à % du au

=> une inaptitude à l'exercice de certaines activités domestiques non oui

Si OUI, préciser

=> l'assuré nécessite-t-il un traitement?

Si OUI, de quelle nature Durée prévisible

=> l'assuré nécessite-t-il la mise à disposition de matériel médical?

Si OUI, de quelle nature Durée prévisible

Fait à le

Signature et cachet du médecin traitant

Avis du
médecin-conseil