

## Déclaration d'accident - Accidents personnels

N° de police:

Preneur d'assurance		
Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>	
Rue et n° <input type="text"/>	Code postal <input type="text"/>	Localité <input type="text"/>
Victime - assuré		
Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>	
Rue et n° <input type="text"/>	Code postal <input type="text"/>	Localité <input type="text"/>
Profession <input type="text"/>	Téléphone <input type="text"/>	Date de naissance <input type="text"/>
Assurance contre les accidents auprès d'une autre compagnie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, auprès de quelle compagnie? _____ Numéro de police _____		
Accident		
Date <input type="text"/>	Heure <input type="text"/>	Lieu <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Accident de la route		
La victime était-elle conducteur/passager* d'un véhicule? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, marque _____		
Numéro de plaque <input type="text"/>	Nom du propriétaire <input type="text"/>	
La police a-t-elle dressé un procès-verbal? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, numéro de PV: _____		
Une prise de sang a-t-elle été effectuée? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> PV dressé par: _____		
Y a-t-il des témoins de l'accident? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, nom et adresse:		
Nom <input type="text"/>	Prénom <input type="text"/>	
Rue et n° <input type="text"/>	Code postal <input type="text"/>	Localité <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Accident de travail		
Coordonnées assureur d'accidents de travail: _____		
<input type="checkbox"/> Accident de sport		
Sport: _____ Compétition? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Club de sport: _____		
<input type="checkbox"/> Accident privé		
Causes et circonstances de l'accident (description complète s.v.p.)		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Lésions provoquées par l'accident: _____		
Hospitalisation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Durée: _____ Situation actuelle: _____		

Je certifie avoir répondu à toutes les questions de manière complète et véridique et suis conscient(e) du fait que toute donnée volontairement incomplète ou fausse pourra entraîner la perte des prestations d'assurance.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

(\*) Biffer la mention inutile

Signature de l'assuré



# Certificat médical

## Médecin

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

## Lésions

Quelles sont les lésions qui ont été causées par l'accident déclaré au verso? \_\_\_\_\_

Quelles sont les parties du corps qui ont été blessées? \_\_\_\_\_

Nature des blessures (fracture, foulure, froissement, etc.)? Mentionner les suites certaines ou probables de la lésion constatée: décès, incapacité permanente totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle, en indiquant la durée probable de cette incapacité temporaire. \_\_\_\_\_

## Traitement

- Si l'une des interventions ci-contre s'avère nécessaire, veuillez l'indiquer: \_\_\_\_\_

Intervention d'un spécialiste (éventuellement nom et adresse)

Des radiographies doivent être faites

Le blessé doit être hospitalisé

- Durée probable de la suite du traitement médical? \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

- Un traitement spécial doit-il être prescrit? Lequel? \_\_\_\_\_

- Depuis quand le traitement médical est-il terminé? \_\_\_\_\_

Depuis \_\_\_\_\_

- Durée de l'hospitalisation? \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

- Durée probable de la suite de l'hospitalisation? \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

## Renseignements

Quel jour et à quelle heure les soins du médecin ont-ils été demandés pour la première fois? \_\_\_\_\_

Jour \_\_\_\_\_ heure \_\_\_\_\_

Le blessé est-il soigné \_\_\_\_\_

à domicile?

à l'hôpital? Lequel? \_\_\_\_\_

Depuis quand et jusqu'à quand? \_\_\_\_\_

Du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Etes-vous le médecin de famille du blessé? Si non, qui est son médecin de famille? \_\_\_\_\_

Oui  Non

Selon vous, l'accident s'est-il produit de la façon indiquée au verso? \_\_\_\_\_

Pensez-vous que l'assuré était sous l'influence de l'alcool au moment de l'accident? \_\_\_\_\_

Le blessé souffre-t-il ou souffrait-il déjà avant l'accident d'infirmités physiques, de maladies ou d'affections qui ont pu contribuer directement ou indirectement à l'accident ou pourraient entraver la guérison? \_\_\_\_\_

Quel était le pourcentage d'invalidité avant l'accident? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ %. Depuis quand? \_\_\_\_\_

Le blessé souffrait-il ou souffre-t-il d'une maladie mentale/névrose? \_\_\_\_\_

Oui  Non. Depuis quand? \_\_\_\_\_

Date de la reprise du travail? \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature