

Déclaration d'accident

Accidents personnels

ERGO

Preneur d'assurance

Nom en prénom :

Rue et numéro :

Code postal : Localité :

Victime - assuré

Nom en prénom :

Rue et numéro :

Code postal : Localité :

Profession :

Téléphone : Date de naissance :

Assurance contre les accidents auprès d'une autre compagnie? Oui Non

Si oui, auprès de quelle compagnie? Numéro de police

Accident

Date : Heure : . Lieu :

Accident de la route

La victime était-elle conducteur/passager* d'un véhicule? Oui Non Si oui, marque :

Numéro de plaque Nom du propriétaire

La police a-t-elle dressé un procès-verbal? Oui Non Si oui, numéro de PV :

Werd er een bloedproef afgenomen? Oui Non PV dressé par :

Y a-t-il des témoins de l'accident? Oui Non Si oui, nom et adresse :

Nom et prénom :

Rue et numéro :

Code postal : Localité :

Accident de travail

Coordonnées assureur d'accidents de travail :

Accident de sport

Sport :

Compétition? Oui Non Club de sport :

Accident privé

Causes et circonstances de l'accident (description complète s.v.p.)

Lésions provoquées par l'accident :

Hospitalisation? Oui 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 fautive entraînera la perte des prestations d'assurance.

Fait à , le Signature de l'assuré

(*) Biffer la mention inutile



20 00 07 00 00 00 14 48

Certificat médical

Médecin

Nom et prénom : _____
Rue et numéro : _____
Code postal : _____ Localité : _____

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 ? Oui Non
Si non, qui est son médecin de famille ? _____

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 _____ jour, _____

Fait à _____, le _____ Signature _____