

AVIS DE SINISTRE ACCIDENT OU MALADIE INDIVIDUELLE

- Accident
 Maladie
 Assistance

Lieu: _____, le _____

Preneur d'assurance: _____		N° Police: _____	
Personne assurée: _____		Date de naissance: _____	N° AVS: _____
Adresse: _____		Relation avec le Preneur: _____	
Personne de contact: _____	Tel: _____	Fax: _____	Email: _____
Date du sinistre: _____		Lieu du sinistre: _____	
La personne assurée est-elle soumise LAA ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		La personne assurée travaille-elle plus de 8h00 par semaine ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Circonstances:

L'accident a-t'il eu lieu sur le chemin du travail ? Oui Non

Y a-t-il un responsable ? : Oui Non Si oui, nom et adresse: _____

Constat de police: _____ Poste de police: _____

Témoins: _____ (Annexer rapport de police ou dépôt de plainte)

Domages

Blessures ou affection: _____ Partie du corps atteinte: _____

1er médecin: _____ Suite du traitement: _____

Arrêt de travail ? Oui Non Si oui, depuis: _____ (Joindre certificat d'arrêt de travail)

Salaire mensuel AVS ou conventionnel: _____

Autres assurances (accidents ou maladie): _____ Compagnie: _____ N° de police: _____

Indemnité à verser à: Donneur de soins (joindre BVR) N° de CCP: _____

Preneur d'assurance IBAN: _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Banque: _____ Lieu: _____

Titulaire du compte: _____

Annexes:

Signature: _____