

AVIS DE SINISTRE ASSURANCE-ACCIDENTS INDIVIDUELLE

N° de police _____ N° de sinistre _____

Pour les questions signalées par , veuillez cocher la case correspondante.**1 PRENEUR D'ASSURANCE** Monsieur Madame

Nom/Prénom _____ Date de naissance _____

Rue, n° _____ Téléphone privé _____ prof. _____

NPA/Lieu _____ Compte bancaire/Banque _____

Profession/Type d'activité _____ Compte chèque postal _____

2 PERSONNE ACCIDENTÉE

(si différente du preneur d'assurance)

Nom/Prénom _____ Date de naissance _____

Rue, n° _____ Téléphone privé _____ prof. _____

NPA/Lieu _____ Compte bancaire/Banque _____

Profession/Type d'activité _____ Compte chèque postal _____

3 DONNÉES CONCERNANT L'ACCIDENT

Quand l'accident s'est-il produit? Date _____ Heure _____

Lieu de l'accident? _____

Déroulement de l'accident? _____

Un rapport de police a-t-il été établi? Oui Non

Si oui, par quelle instance? _____

En cas de faute commise par des tiers,
veuillez indiquer le nom et l'adresse
de la personne fautive. _____

Nom et adresse des éventuels témoins _____

**Nom/Adresse du médecin/de l'hôpital ayant dispensé
les premiers soins**_____

_____**Nom/Adresse du médecin/de l'hôpital chargé
de la suite du traitement**_____

CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT

Genre de blessures?

Existe-t-il une incapacité de travail?

Oui Non Si oui, depuis quand? _____

Faut-il s'attendre à une invalidité permanente?

S'agit-il d'un accident mortel?

Oui Non Si oui, quand le décès est-il survenu? _____

Qui sont les survivants (enfants/conjoint)
ou les ayants droit?

QUESTIONS GÉNÉRALES

Après de quelle caisse-maladie la personne
accidentée est-elle assurée?

Existe-t-il une autre assurance-accidents
(y c. SUVA)? Compagnie? Quelles sont les
prestations assurées? Le cas a-t-il été déclaré?
Numéro de référence?

La personne accidentée a-t-elle le statut
d'indépendant?

Oui Non

Si non, adresse de l'employeur
de la personne accidentée

REMARQUES

La personne accidentée ou son représentant légal déclare par la présente avoir répondu de manière conforme à la vérité aux questions ci-dessus. Elle autorise SOLIDA à se procurer des renseignements auprès d'autres assureurs, de médecins, de postes de police et de tribunaux.

Lieu et date

Signature de la personne accidentée
ou de son représentant
