



Avenue Livingstone 6
 B-1000 BRUXELLES
 Tél. 02-286 61 11
 Fax 02-286 70 60
 RPM Bruxelles 0405.764.064
 Compte 799-5518105-68
 e-mail : info@dvvlap.be

Agence

M.

Tél.

Fax

Les **AP** assurances

Formulaire DOMMAGES CORPORELS

I. QUESTIONNAIRE à compléter par la victime

Numéro du contrat :

Blessé (nom de famille suivi du prénom)

Rue Numéro Boîte postale

Code postal Localité

Numéro de téléphone

Numéro de compte

/ /

Date de naissance

Etat civil : Profession :

Composition de la famille :

A compléter si la victime est mineure d'âge :

Parents ou tuteur : nom et prénom

adresse

.....

Quelles **blessures** avez-vous encourues?

Avez-vous eu recours à un médecin?

oui, demandez à votre médecin de compléter l'attestation au verso

non

Salarié : nom et adresse de l'employeur

Salaire mensuel brut : Salaire mensuel net : L'accident s'est-il produit sur le chemin du travail? oui

Indépendant ou profession libérale : A combien s'élève votre revenu annuel ? non

Bénéficiez-vous de l'intervention	nom	adresse	références
- de la mutuelle?	collez une vignette de la mutuelle, s.v.p.		
- de l'assureur Accidents du Travail?
- du salaire hebdomadaire ou mensuel garanti?
- d'une assurance scolaire?
- d'une assurance individuelle avec garantie "soins médicaux"?

Avez-vous subi d'**autres dommages** (vêtements, objets personnels, autres)?

non

oui, donnez-en une énumération sur une feuille séparée et joignez les justificatifs

En vue d'une gestion rapide du dossier de sinistre, et uniquement à cet effet, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitement des données médicales me concernant (article 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée).

Fait à le

Signature,

II. ATTESTATION MEDICALE
à compléter par le médecin traitant

Nom et adresse du médecin :

Nom et prénom du blessé :

Quand le blessé vous a-t-il appelé ? Date : Heure :

Nature des lésions :

Sont-elles d'origine traumatique et en relation avec l'accident ? oui

non

Ou l'accident a-t-il aggravé une maladie préexistante ?

oui

non

Quel traitement avez-vous appliqué ?

Durée probable ?

Un séjour en clinique est-il nécessaire ? oui, durée probable :

non

Le blessé doit-il garder la chambre ou rester alité ? oui, combien de temps ?

non

Le blessé peut-il vaquer à ses occupations habituelles (telles que activités professionnelles, études, tâches ménagères) ?

- Dans la négative, durée de l'incapacité totale :

- Si partiellement, durée et pourcentage de l'incapacité :

Une guérison complète peut-elle être envisagée ? oui, date présumée :

non

Renseignements complémentaires :

Fait à, le

Signature du médecin,

L'assurance met toute sa vigilance à dépister les tentatives de fraude...



...en revanche, vous qui êtes de bonne foi, vous pouvez compter sur nous.

Pour ne pas payer inutilement pour les autres, aidez-nous à prévenir les abus.