

## 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: \_\_\_\_\_