

déclaration pour intervention ASSURANCE « REVENU GARANTI »



DOSSIER N° : _____

[A] à compléter par le déclarant

1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE

N° de contrat : _____

Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance : _____ N° registre national : _____

Adresse : _____ N° : _____ Bte : _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : _____ Localité : _____

N° téléphone privé : _____ N° téléphone employeur : _____

GSM : _____ E-mail : _____

Votre numéro de compte : _____

Fonction du preneur d'assurance : _____

2 IDENTITÉ DE LA VICTIME (à compléter uniquement si la victime n'est pas le preneur d'assurance)

Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance : _____ N° registre national : _____

Adresse : _____ N° : _____ Bte : _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : _____ Localité : _____

N° téléphone privé : _____ N° téléphone employeur : _____

GSM : _____ E-mail : _____

Votre numéro de compte : _____

3 MALADIE

S'agit-il d'une maladie ? Oui Non

4 ACCIDENT

S'agit-il d'un accident du travail ou sur le chemin du travail ? Oui Non

5 À COMPLÉTER SI LA DEMANDE EST RELATIVE À UN ACCIDENT AUTRE QU'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL

Lieu de l'accident : _____

Date de l'accident : _____ Jour : _____ Heure : _____ h _____

6 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés)

.....
.....
.....

En cas d'accident de roulage, veuillez également compléter le cadre 7.

Je soussigné,

Nom et prénom du médecin : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Adresse du médecin : _____
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : _____ Localité : _____

déclare que,

Nom : _____ Prénom : _____
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

A. Est en traitement depuis le _____

pour _____

B. Estimez-vous que le traitement décrit à la rubrique a) ci-dessus est relatif à un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ? Oui Non

Si oui à préciser : _____

C. Est en incapacité du _____ **au** _____

D. Peut reprendre le travail le _____

E. Observations : _____

Fait à

le

Signature du médecin,

