



Déclaration d'accident dentaire

1/2

Personne assurée

Veillez fournir tous les renseignements de manière complète

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>		
Rue et n°	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
Numéro de client	<input type="text"/>	Numéro d'assurance sociale	<input type="text"/>

Informations complémentaires de la personne blessée

1. Comment pouvons-nous vous (ou le représentant légal) joindre par téléphone ou par e-mail pendant la journée pour un complément d'information?

Numéro de téléphone Adresse e-mail

2. Exerciez-vous une activité professionnelle au moment de l'accident? non oui

Si oui, combien d'heures par semaine?

Nom de l'assurance accident Numéro de police

indépendant(e) salarié(e) apprenti(e) stagiaire enfant/écolier/écolière retraité(e)

3. Touchez-vous des indemnités de chômage au moment de l'accident? non oui

Description de l'accident

1. Date de l'accident

2. Description précise de la cause et du lieu de l'accident. Quelles blessures avez-vous subies?

3. Est-ce qu'un tiers est responsable pour l'accident? non oui

Si oui: nom/adresse/assurance responsabilité civile; témoins?

Si la responsabilité d'un tiers est engagée, nous nous retournerons contre celui-ci. Pour les coûts non couverts (y compris la quote-part et la franchise), vous pouvez vous adresser directement à celui-ci ou à son assurance responsabilité civile.

4. Quand avez-vous pour la première fois consulté un dentiste en relation avec l'accident?

Date

5. Adresse exacte du dentiste?

Prénom, nom

Adresse

6. Avez-vous subi aussi d'autres blessures? non oui

Si oui: lesquelles?



Report de page 1

Personne assurée

Numéro de client

2/2

7. Avez-vous consulté un médecin?

non

oui

Prénom, nom

Adresse

Accident en mangeant

1. Des aliments ont-ils été la cause de l'accident?

non

oui

Si oui: quels aliments (description précise de l'aliment ou de l'objet sur lequel vous avez mordu)?

2. Avez-vous des moyens de preuve?

non

oui

Si oui: où se trouvent-ils?

Nous vous remercions de les joindre à ce questionnaire.

3. Avez-vous annoncé l'accident ou une tierce personne a-t-elle annoncé l'accident au vendeur ou au restaurant?

non

oui

Si oui: quand et où?

4. Etes-vous assuré contre les accidents auprès d'une autre compagnie d'assurances?

non

oui

Si oui: laquelle?

Numéro de police

Confirmation

Par votre signature,
vous confirmez que
vos indications sont
conformes à la vérité.

Lieu et date

Signature (preneur d'assurance, représentant légal)