DECLARATION DE SINISTRE
AU CONTRAT INDIVIDUELLE-ACCIDENT

IMPORTANT

Cette déclaration doit être renvoyée à

F.N.P ASSURANCES
Rue de l'Hôpital, 15 - 17 / 6060 Gilly

Réf : _____

FÉDÉRATION NATIONALE DES PATROS
Rue de l'Hôpital, 15 - 17 / 6060 Gilly
Tél. : 071 28 69 50
Fax : 071 42 04 53
Email : assurances@patro.be

Pour être valable, la présente déclaration doit être remplie, au verso, par le médecin traitant et doit nous parvenir DANS LES 8 JOURS.

Un courrier vous parviendra avec le détail de la procédure à suivre pour un remboursement.

RC 03/66.085.542/10

Questions	Réponses
RENSEIGNEMENTS DU PATRO OU RÉGIONALE Nom et localité	_____ _____
Nom et Prénoms Adresse complète de la victime (avec le code postal) Date de naissance N° Tél. :	_____ _____ _____ _____ _____
Date et heure de l'accident	_____
Lieu (code postal, localité, rue, place)	_____
Comment est-il arrivé ? Veuillez préciser les circonstances de l'accident : L'accident s'est-il produit brusquement ? Pendant quelle activité ?	_____ _____ _____ _____
La victime (ou son tuteur légal) est-elle assurée contre les accidents auprès d'une autre compagnie ? si oui, laquelle ?	_____ _____
La victime est-elle affiliée à une mutuelle ?	_____ _____
Nom et adresse du médecin traitant	_____ _____

Date : _____ **Signature du déclarant,**

Nom et prénom de la victime : _____

RAPPORT DU MÉDECIN (TRAITANT, URGENTISTE…)

Mesdames et messieurs les médecins sont prié(e)s de répondre à toutes les questions ci-après

Questions	Réponses
NATURE DE LA LÉSION OU BLESSURE (indiquez en dehors du terme médical, le terme vulgaire de la lésion en précisant son endroit, son étendue et ses caractéristiques).	_____ _____ _____ _____
Avez-vous constaté chez le sinistré, à part la lésion, une maladie ou infirmité quelconque ? Laquelle ? Quelle influence peut-elle avoir sur la guérison ?	_____ _____ _____ _____
La lésion est-elle en conséquence directe de l'accident ou y avait-il une cause volontaire ou préexistante (telle que maladie ou infirmité, défaut corporel), qui paraît y avoir contribué comme facteur ou élément prédisposant.	_____ _____ _____ _____
L'accident aura-t-il pour suite une incapacité de travail temporaire ?	_____ _____
Le sinistré doit-il, suivant vos prescriptions, garder le lit ou la chambre ? Si oui, pour combien de temps environ ?	_____ _____
Le sinistré peut-il vaquer partiellement à ses occupations, par exemple en dirigeant ou surveillant ?	_____ _____
Quel jour la première intervention médicale a-t-elle été requise ?	_____
Indiquez la date probable de la guérison	_____
Faut-il prévoir une incapacité permanente ?	_____

Renseignements complémentaires : _____

_____

Date : _____ **Signature et cachet du médecin,**