

Employeur

Nom  Prénom   
Rue  n°  boîte   
Code postal  Localité

Je soussigné

Nom  Prénom   
Rue  n°  boîte   
Code postal  Localité   
Qualité

ayant examiné

Nom  Prénom   
Rue  n°  boîte   
Code postal  Localité   
après l'accident qui lui est survenu le  •  •  •  •

déclare

1. que l'accident a produit les lésions suivantes : indiquer le genre et la nature des lésions et les parties du corps atteintes (fractures du bras, contusion à la tête, aux doigts, lésions internes, asphyxie, etc.)

2. que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence : indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées (mort, incapacité permanente, totale ou partielle, incapacité temporaire totale ou partielle en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire)

- pas d'incapacité de travail  
 une incapacité temporaire  
     totale d'une durée de  jours  
     partielle (  %)  
 une incapacité permanente  
 la mort de la victime

3. que l'incapacité a commencé (commencera) le  •  •  •

le médecin a pour mission de constater si l'incapacité résulte normalement des lésions mêmes, sans tenir compte de toutes autres circonstances

4. que le blessé est soigné (indiquer le lieu où la victime est soignée)

Premier examen : jour   •   •     heure

endroit

Le blessé est-il droitier ?  oui  non

gaucher ?  oui  non

Jugez-vous utile :

1. de recourir à l'intervention d'un spécialiste ?  oui  non

si oui, lequel ?

2. d'hospitaliser le blessé ?  oui  non

si oui, où ?

3. de procéder à une radiographie ?  oui  non

Fait à  , le   •   •

le médecin (signature)

Loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée

• Vos données à caractère personnel seront enregistrées dans les fichiers de VIVIUM. Elles pourront être utilisées à des fins commerciales et à toute gestion relative aux contrats d'assurances IARD. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données ainsi que de la possibilité de consulter le registre public tenu auprès de la Commission de la Protection de la Vie Privée, sous le numéro d'identification 4.001.320.

• Dans un but de gestion rapide du dossier sinistre, les assurés donnent par la présente leur consentement spécial quant au traitement des données médicales les concernant.

DATASSUR

L'assuré donne par la présente son consentement à la communication par VIVIUM au GIE Datassur, des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir auprès de Datassur communication et, le cas échéant, rectification des données le concernant. Pour exercer ce droit, la personne adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, Service « fichiers », 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.