

## Déclaration d'accident dentaire

**Personne assurée:** \_\_\_\_\_

**Date de naissance:** \_\_\_\_\_

**Lieu de domicile:** \_\_\_\_\_

**Numéro de client:** \_\_\_\_\_

### Informations complémentaires de la personne blessée

**Comment pouvons-nous vous (respectivement le représentant légal) vous joindre par téléphone ou par email pendant la journée pour un complément d'information?**

Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

Adresse email: \_\_\_\_\_

**Exerciez-vous une activité professionnelle au moment de l'accident ?**

Oui

Temps de travail (heures par semaine): \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance accident: \_\_\_\_\_

Numéro de police: \_\_\_\_\_

- Non
- indépendant(e)
- salarié(e)
- apprenti(e)
- stagiaire
- enfant/ecolier/ecolière
- retraité(e)

**Touchiez-vous des indemnités de chômage au moment de l'accident?**

Oui

Non

**Description de l'accident:**

Date de l'accident:

Lieu de l'accident:

Description précise de la cause et du lieu de l'accident:

Quelles blessures avez-vous subies?

**Est-ce qu'un tiers est responsable pour l'accident**

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.

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

Date :

**Adresse exacte du dentiste**

Nom, prénom, adresse:

**Avez-vous subi aussi d'autres blessures?**

Oui

Lesquelles :

Non

**Avez-vous consulté un médecin?**

Oui

Nom, prénom, adresse:

Non

**Accident en mangeant**

**Des aliments ont-t-il été la cause de l'accident?**

Oui

Quelles aliments: Description précise de l'aliment ou de l'objet sur lequel vous avez mordu.

Non

**Avez-vous des moyens de preuve?**

Oui

**Où se trouvent-ils?**

Nous vous prions de les joindre à ce questionnaire.

Non

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

Oui

Quand et où?

Non

**Etes-vous assuré(e) contre les accidents auprès d'une autre compagnie d'assurance ?**

Oui

Nom de la compagnie:

Numéro de police:

Non

Lieu et date

Signature