Stream-Techs

FORMULAIRE À RETOURNER DANS L'ENVELOPPE JOINTE

IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT **:** N° d'adhérent ……

Nom et prénom : ……

N° de Sécurité sociale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___| |___|___|

Adresse : .....

Téléphone personnel : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Professionnel : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Email : ……

IDENTIFICATION DE LA VICTIME DE L'ÉVÈNEMENT **:**

Nom et prénom : ……

Date de naissance |___|___|___|___|___|___|___|___| ☐ Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Autre ayant droit

La victime a-t-elle été hospitalisée ? ☐ non ☐ oui du |___|___|___|___|___|___|___|___| au |___|___|___|___|___|___|___|___|

Nom et adresse de l'établissement : .....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ÉVÈNEMENT **:**

Date de l'accident |___|___|___|___|___|___|___|___| Lieu de l'accident : …….....

Type d'accident : ☐ Accident de la circulation en tant que ☐ Conducteur ☐ Passager ☐ Piéton / cycliste
☐ Accident sportif ☐ En tant que licencié ☐ Dans le cadre de loisirs
☐ Accident domestique ☐ Accident scolaire ☐ Accident du travail
☐ Agression ☐ Erreur médicale ☐ Autre : ……

Nature des blessures : ……

Nature des soins : ☐ Hospitalisation ☐ Radiologie ☐ Consultation ☐ Soins infirmiers
☐ Laboratoire ☐ Laboratoire ☐ Pharmacie ☐ Autre : ……

Autres dommages (lunettes, appareil auditif, soins dentaires) : ……

VOTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE **:**

Nom de la compagnie : …… N° de Police : ……

Adresse .....

Téléphone : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Numéro de sinistre enregistré : .....

TIERS EN CAUSE DONT LA RESPONSABILITÉ EST ENGAGÉE **:**

Nom et prénom : ……

Adresse : .....

Nom et adresse de sa compagnie d'assurance : ……

Téléphone: __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ N° de Police : ……

SUITES DE L'ACCIDENT OU DE L'ÉVÈNEMENT **:**

Durée probable de vos soins : …… jours. Durée de l'arrêt de travail : …… jours.

Suites éventuelles envisagées de l'accident (dépôt de plainte, arrangement amiable des compagnies d'assurance, etc.) :

……

Éventuels soins de santé à venir suite à l'accident / évènement (rééducation, cure, prothèses…..) :

……

Nom, adresse et téléphone de la personne chargée de la défense de vos intérêts (avocat, cabinet juridique, etc...) :

……

Je certifie exactes les déclarations ci-dessus. À ....., le .....

Signature :