

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