

**DÉCLARATION DU PRENEUR**

**POLICE N° :** \_\_\_\_\_

Nom et prénom de la personne blessée : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

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

Téléphone à la maison : ( ) \_\_\_\_\_ Téléphone au travail : ( ) \_\_\_\_\_

**DÉTAILS CONCERNANT L'ACCIDENT**

1. Date de l'accident : \_\_\_\_\_

2. Heure de l'accident : \_\_\_\_\_

3. Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

4. S'agit-il d'un accident survenu :

a) Au travail : \_\_\_\_\_

b) En véhicule moteur : \_\_\_\_\_

**Si oui, étiez-vous  
conducteur ou passager?** \_\_\_\_\_

c) Lors de la pratique d'un sport : \_\_\_\_\_

Étiez-vous rémunéré lors de la pratique de ce sport? \_\_\_\_\_

d) Autres, précisez : \_\_\_\_\_

5. Description des circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Lors de l'accident étiez-vous seul ou accompagné? \_\_\_\_\_

Si accompagné, nom et coordonnées des  
personnes présentes : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

7. Aviez-vous consommé des boissons alcoolisées  
avant l'accident? \_\_\_\_\_ **Si oui, combien?** \_\_\_\_\_

**SI VOS BLESSURES SONT SURVENUES SUITE À UN ACCIDENT DE LA ROUTE ET QUE VOUS  
CONDUISIEZ, VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DU RAPPORT DE POLICE.**

**JE DÉCLARE QUE LES RÉPONSES DONNÉES CI-DESSUS SONT COMPLÈTES ET VÉRIDIQUES.**

X \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU PRENEUR**

X \_\_\_\_\_

**Date**

**DÉCLARATION DU MÉDECIN**

**POLICE N° :** \_\_\_\_\_

*Les honoraires qui pourraient être exigés pour remplir la présente formule sont à la charge de la personne concernée.*

Nom et prénom de la personne blessée : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

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

**DÉTAILS CONCERNANT L'ACCIDENT**

1. Date de l'accident : \_\_\_\_\_
2. Date de la première consultation suite à l'accident : \_\_\_\_\_
3. Genre d'accident :
 

a) De travail : <input type="checkbox"/>	b) En véhicule moteur : <input type="checkbox"/>
c) De sport : <input type="checkbox"/>	d) Autres, précisez : _____
4. Parmi les blessures subies, y a-t-il eu **une** ou **plusieurs** fracture(s)? \_\_\_\_\_  
 Précisez : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
5. Peut-on observer une contusion ou une plaie à la surface du corps à l'endroit où a été subie la fracture? \_\_\_\_\_  
 Précisez : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**JOINDRE UNE COPIE DU PROTOCOLE RADIOGRAPHIQUE**

6. Les blessures subies sont-elles survenues des suites d'une bagarre ou un affrontement public? \_\_\_\_\_
7. L'accident est-il survenu des suites d'absorption *volontaire* ou *non* de drogue, substances ou gaz toxiques? \_\_\_\_\_
8. Y a-t-il eu prise de sang afin de déterminer le taux d'alcoolémie sanguin? \_\_\_\_\_  
 Si oui, inscrire le résultat obtenu \_\_\_\_\_
9. Nom et adresse du médecin \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_  
 (en lettres moulées) \_\_\_\_\_ Numéro de permis : \_\_\_\_\_

X \_\_\_\_\_  
**SIGNATURE DU MÉDECIN** **DATE**

**AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION  
DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS**

Aux fins d'administration de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autres mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste, ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, S.A.A.Q., la R.A.M.Q., et le W.C.B., à les communiquer à L'Union-Vie ou à ses réassureurs sur demande. De même, j'autorise **L'Union-Vie** à communiquer aux dits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, je consens également à ce que L'Union-Vie ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à mon sujet.

**Une photocopie du présent consentement à la même valeur que l'original.**

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ 20\_

\_\_\_\_\_  
**TÉMOIN**

\_\_\_\_\_  
**SIGNATURE**

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_