

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 _____ X _____

SIGNATURE DU PRENEUR
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 _____

