



## DECLARATION D'ACCIDENT

N° DE POLICE : 11/15294850001

**La déclaration doit être encodée prioritairement via le site  
monpatro.be - assurances (suivre la procédure)  
ou ce document peut être complété et envoyé dans les 8 jours  
à la FNP – Services Assurances, rue de l'Hôpital, 15 - 17 / 6060 GILLY  
Email : [assurances@patro.be](mailto:assurances@patro.be)**

### Renseignements concernant le Patro ou la Régionale

Nom, adresse et localité : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date et heure de l'accident : \_\_\_\_\_

### Renseignements de la victime :

Nom – Prénom : \_\_\_\_\_

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

Adresse postale : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

Compte bancaire : \_\_\_\_\_

Nom parent(s)/tuteur si la victime est mineur : \_\_\_\_\_

Qualité de la victime :  Membre patro  Tiers

### Informations spécifiques concernant l'accident :

Adresse de l'accident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Description détaillée de l'accident : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dégâts corporels  Dégâts matériel

Date :

Signature :

# CERTIFICAT MÉDICAL

**À REMPLIR PAR LE MÉDECIN** (veuillez répondre avec précision aux questions posées ci-dessous)

**NOM ET PRÉNOM DU BLESSE :**

.....

Date de naissance : .....

Jour, heure et lieu du premier examen : .....

---

**DIAGNOSTIC TRÈS COMPLET DE L'AFFECTION**

Caractéristiques objectives (genre, nature et gravité des blessures, ainsi que la description précise des parties du corps atteintes)

.....  
.....

Caractéristiques subjectives évoquées par le blessé :

.....

Date et origine des blessures d'après le blessé .....

---

L'origine et la date des blessures communiquées vous semblent-elles vraisemblables ?

.....

Dans la négative, sur quelles constatations vous basez-vous ? .....

---

Le blessé peut-il continuer totalement ou partiellement ses occupations ? .....

Si non, à quelle date a-t-il dû cesser ses occupations ? .....

---

Prévision      A. Guérison complète .....

                  B. Incapacité permanente totale ou partielle .....

                  C. Décès .....

---

N'y a-t-il rien chez le blessé qui puisse normalement aggraver les conséquences de l'accident ? Infirmités antérieures :

.....

---

Des soins constants sont-ils requis ? Où et par qui ?

.....

---

Jugez-vous qu'une hospitalisation du blessé est utile ? Si oui, pourquoi ?

.....

---

Jugez-vous utile de recourir à l'intervention d'un autre médecin (spécialiste, chirurgien, radiologue, etc.) et pourquoi ?

.....

Observations particulières : .....

---

Fait à : ..... Le ..... 20.....

Nom et adresse ou cachet du médecin :

Signature du médecin :