

**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**

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 :