

Relation des faits :
.....
.....
.....

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Oui Non Si Oui, Police de :
le N° P.V.

Qui est responsable de l'accident ? (nom et adresse de la personne responsable) :
.....

Le bénéficiaire des soins était-il, au moment du sinistre, au service d'un employeur, ou sur le chemin du travail ? Oui Non
Dans l'affirmative : quel est l'employeur ? (nom et adresse)

Auprès de quelle Compagnie est-il assuré pour les accidents du travail ?

Quelles sont les lésions encourues ?

Période d'hospitalisation :

Nom et adresse de l'établissement hospitalier :

Le soussigné certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

Il marque accord sur le fait que AG Insurance traite les données susmentionnées, moyennant respect de la loi sur la protection de la vie privée, en vue de la fourniture et de la gestion des services d'assurance en général, y compris l'établissement de statistiques. La personne concernée a un droit de regard sur ses données et peut, le cas échéant, les faire corriger. Les données relatives à la santé peuvent uniquement être traitées sous la responsabilité d'un professionnel des soins de santé et l'accès à ces données est limité aux personnes qui en ont besoin pour l'exercice de leurs tâches. AG Insurance ne communiquera pas ces données à des tiers.

Le soussigné marque cependant accord pour que AG Insurance communique ces données pour autant qu'il y ait dans son chef une obligation légale ou contractuelle ou un intérêt légitime.

Fait à, le

Signature de l'affilié