



inter assurances services
gestion & courtage

AVIS DE SINISTRE ACCIDENT OU MALADIE INDIVIDUELLE

- Accident
 Maladie
 Assistance

Genève, le _____

Preneur d'assurance: _____ N° Police: _____
Personne assurée: _____ Date de naissance: _____ N° AVS: _____
Adresse: _____ Relation avec le Preneur: _____
Date du sinistre: _____ Lieu du sinistre: _____
La personne assurée est-elle soumise LAA ? Oui Non La personne assurée travaille-elle plus de 8h00 par semaine ? Oui Non

Circonstances:

L'accident a-t'il eu lieu sur le chemin du travail ? Oui Non

Y a-t-il un responsable ? : Oui Non Si oui, nom et adresse: _____

Constat de police: _____ Poste de police: _____

Témoins: _____ (Annexer rapport de police ou dépôt de plainte)

Dommages

Blessures ou affection: _____ Partie du corps atteinte: _____

1er médecin: _____ Suite du traitement: _____

Arrêt de travail ? Oui Non Si oui, depuis: _____ (Joindre certificat d'arrêt de travail)

Salaire mensuel AVS ou conventionnel: _____

Autres assurances (accidents ou maladie): _____ Compagnie: _____ N° de police: _____

Indemnité à verser à: Donneur de soins (joindre BVR)
 Prenneur d'assurance

N° de CCP: _____

IBAN: _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Banque: _____ Lieu: _____

Titulaire du compte: _____

Annexes: _____

Signature: _____