

## Questionnaire accident Paxivie

Document médical confidentiel  
destiné au MÉDECIN CONSEIL de la mutuelle TUTÉLAIRE

**Document à renvoyer complété à :**  
**Tutelaire - Paxivie - Médecin conseil - 45 rue Eugène Oudiné - 75013 Paris**

### ■ Renseignements concernant l'assuré(e)

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

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

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

Numéro de téléphone portable : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone fixe : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### ■ Renseignements concernant l'accident

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

La victime est-elle décédée ? oui  non

Lieu de l'accident ?  sur le territoire national français  
précisez le département ou la collectivité d'outre-mer : \_\_\_\_\_

à l'étranger, précisez le pays : \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident de la vie courante ? oui  non

Si oui, à l'occasion de quelle activité est-il survenu ?

Type d'activité : domestique  touristique  scolaire  loisir  sportif

S'il s'agit d'un **accident sportif**, précisez le sport pratiqué lors de l'accident : \_\_\_\_\_

Cette activité sportive était-elle pratiquée en qualité : professionnelle  amateur

Sa pratique nécessite-t-elle l'utilisation d'un véhicule ? oui  non

Si oui, précisez le type de véhicule : à moteur  terrestre  maritime  aérien

S'agit-il de plongée sous-marine ? oui  non

Si oui, avec scaphandre autonome ? oui  non  Profondeur en mètres : \_\_\_\_\_

Les informations recueillies dans le présent document, ou contenues dans les pièces demandées, ont pour finalités la gestion et l'exécution du contrat et la gestion du risque. Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement et de limitation du traitement vous concernant. Pour les exercer, adressez un courrier simple au responsable de traitement : Tutelaire, 45 rue Eugène Oudiné, 75013 Paris ou un mail à : [donneespersonnelles@tutelaire.fr](mailto:donneespersonnelles@tutelaire.fr). Pour plus d'informations relatives à la gestion de vos données, vous pouvez à tout moment consulter notre politique de confidentialité sur le site internet [www.tutelaire.fr](http://www.tutelaire.fr) ou la demander par courrier simple au responsable de traitement de Tutelaire.

S'agit-il d'un accident subi lors des circonstances suivantes :

- un fait de guerre civile, guerre étrangère, insurrection    oui     non
- un acte de terrorisme ou de sabotage    oui     non
- un pari, un défi ou une tentative de record    oui     non
- d'un évènement exceptionnel ?    oui     non
- un fait intentionnel    oui     non
- une rixe ou une agression    oui     non
- une émeute, un attentat    oui     non

Si oui, précisez le quel : \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident faisant **suite à un acte médical** ?    oui     non

Si oui, précisez lequel : \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident **de la voie publique ou de la circulation** ?    oui     non

S'agit-il d'un accident avec responsable identifié ?    oui     non     - Tiers responsable    oui     non

Si oui, précisez les coordonnées du tiers responsable et de son assureur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Des **prélèvements sanguins** de dosage de toxiques ont-ils été réalisés ?    oui     non

Si oui, précisez les résultats :

stupéfiants - précisez natures et résultats : \_\_\_\_\_

taux d'alcoolémie – précisez : \_\_\_\_\_ g/litre

autre - précisez nature et résultat : \_\_\_\_\_

S'agit-il d'un **accident du travail** ?    oui     non

**Circonstances détaillées de l'accident, ainsi que tout renseignement que vous jugeriez utile de préciser :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

D'autres personnes étaient-elles présentes lors de l'accident ?    oui     non

Si oui, coordonnées complètes du (des) témoin(s) [nom, prénom, adresse, n° de téléphone] : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous été pris en charge par l'un des services suivants ?    oui     non

sapeurs-pompiers        SAMU   

service de secours d'urgence        autre     , précisez : \_\_\_\_\_

-----

services de police        gendarmerie nationale   

Si oui, merci de nous communiquer les coordonnées précises de chaque poste intervenu. Dans le cas où vous seriez déjà en possession de documents des services cités ci-dessus, merci de nous les adresser joints au présent questionnaire :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Les informations recueillies dans le présent document, ou contenues dans les pièces demandées, ont pour finalités la gestion et l'exécution du contrat et la gestion du risque. Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement et de limitation du traitement vous concernant. Pour les exercer, adressez un courrier simple au responsable de traitement : Tutelaire, 45 rue Eugène Oudiné, 75013 Paris ou un mail à : [donneespersonnelles@tutelaire.fr](mailto:donneespersonnelles@tutelaire.fr). Pour plus d'informations relatives à la gestion de vos données, vous pouvez à tout moment consulter notre politique de confidentialité sur le site internet [www.tutelaire.fr](http://www.tutelaire.fr) ou la demander par courrier simple au responsable de traitement de Tutelaire.



Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail ?    oui     non

Si oui, précisez :    date d'arrêt : \_\_\_\_\_    date de reprise : \_\_\_\_\_

Quelle est votre situation actuelle ?

- Hospitalisé ?    oui     non   
si oui, hospitalisé à domicile ?    oui     non
- En rééducation fonctionnelle ?    oui     non
- En arrêt de travail ?    oui     non   
si oui :    ▪ à temps complet ?   
              ▪ à temps partiel ?  si oui, précisez le taux : \_\_\_\_\_%

Y a-t-il eu dépôt de plainte?    oui     non   
si oui, merci de fournir le compte-rendu détaillé

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_, certifie complets et exacts les renseignements fournis sur le présent questionnaire.

Fait à : \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré :

Le : \_\_\_\_\_

**NB : La victime est invitée à communiquer au médecin conseil de Tutélaire, sous pli confidentiel, à l'adresse suivante :**  
**Tutélaire - Paxivie - Médecin conseil - 45 rue Eugène Oudiné - 75013 Paris**  
**les divers documents médicaux et autres en sa possession susceptibles de faciliter l'appréciation de son dossier.**

Les informations recueillies dans le présent document, ou contenues dans les pièces demandées, ont pour finalités la gestion et l'exécution du contrat et la gestion du risque. Vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'opposition, de portabilité, d'effacement et de limitation du traitement vous concernant. Pour les exercer, adressez un courrier simple au responsable de traitement : Tutélaire, 45 rue Eugène Oudiné, 75013 Paris ou un mail à : [donneespersonnelles@tutelaire.fr](mailto:donneespersonnelles@tutelaire.fr). Pour plus d'informations relatives à la gestion de vos données, vous pouvez à tout moment consulter notre politique de confidentialité sur le site internet [www.tutelaire.fr](http://www.tutelaire.fr) ou la demander par courrier simple au responsable de traitement de Tutélaire.