

Questionnaire décès accidentel Paxivie

Document médical confidentiel
destiné au MÉDECIN CONSEIL de la mutuelle TUTÉLAIRE

Document à renvoyer complété à :
Tutelaire - Paxivie - Médecin conseil - 157 avenue de France - 75013 Paris

■ Renseignements concernant l'assuré(e)

Nom : _____ Date de naissance _____

Prénom(s) : _____ Situation familiale _____

Adresse : _____

■ Renseignements concernant l'accident

Date et heure exacte de l'accident : le _____ à _____ h _____

Date du décès : le _____

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 privée** ? 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, 157 avenue de France, 75013 Paris ou un mail à : 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 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 lequel : _____

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] : _____

A-t-il été pris en charge par l'un des services suivants ? oui non

- | | |
|---|---|
| sapeurs-pompiers <input type="checkbox"/> | SAMU <input type="checkbox"/> |
| service de secours d'urgence <input type="checkbox"/> | autre <input type="checkbox"/> , précisez : _____ |
| ----- | |
| services de police <input type="checkbox"/> | gendarmerie nationale <input type="checkbox"/> |

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, 157 avenue de France, 75013 Paris ou un mail à : 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 ou la demander par courrier simple au responsable de traitement de Tutelaire.

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

Je soussigné(e)

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Adresse : _____

Téléphone portable : _____

Adresse électronique : _____ @ _____

certifie complets et exacts les renseignements fournis sur le présent questionnaire.

Fait à : _____

Signature :

Le : [] [] [] [] [] [] [] []

NB : Les ayants droit de la victime sont invités à communiquer au médecin conseil de Tutelaire, sous pli confidentiel à l'adresse suivante :

Tutelaire - Paxivie - Médecin conseil - 157 avenue de France - 75013 Paris

les divers documents médicaux et autres en leur 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 : Tutelaire, 157 avenue de France, 75013 Paris ou un mail à : 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 ou la demander par courrier simple au responsable de traitement de Tutelaire.