

Questionnaire accident 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) : _____

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, 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 <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | ▪ un fait intentionnel | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ▪ un acte de terrorisme ou de sabotage | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | ▪ une rixe ou une agression | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ▪ un pari, un défi ou une tentative de record | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | ▪ une émeute, un attentat | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| ▪ d'un évènement exceptionnel ? | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> | | | |

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] : _____

Avez-vous 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.

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 - 157 avenue de France - 75013 Paris

les divers documents médicaux et autres en sa possession susceptibles de faciliter l'appréciation de son dossier.