

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES

Vos coordonnées

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

GSM : _____ Email : _____

Numéro de carte d'identité : _____

Registre national : _____

Nature du problème

DATE de l'accident.....

Type d'accident (cocher la case qui correspond)

- Accident de circulation (vie privée)
- Accident du travail (ou sur le chemin du travail)
- Autre
 - Accident médical ?
 - Litige contre mutualité ou I.N.A.M.I ?
 - Litige contre SPF ?
 - Litige contre assureur privé (revenus garantis) ?

Avez-vous fait appel à un avocat ? oui/non,

Si oui, Nom+ adresse+ référence

Nature de vos lésions (décrire brièvement le type de lésions faisant suite à l'accident et les éventuelles séquelles)

Prise en charge des frais d'expertise :

Par vous-même ? Oui/non

Par une assurance « défense en justice » ? Oui/ non

Par votre syndicat ? Oui/non

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Situation familiale (entourer): célibataire / en couple/ marié-e / cohabitant-e / divorcé-e/ veuf-ve

Composition du ménage (nombre de personnes) :

Année-s de naissance des enfants :

Loisirs (**avant l'accident**):

Sports pratiqués (**avant l'accident**) :

Milieu de vie (entourer) Maison/ appartement Jardin/ terrasse

Permis de conduire ? OUI/ NON , lequel ?

FORMATION SCOLAIRE (**cochez le niveau maximal atteint**)

- Enseignement primaire
- Enseignement secondaire inférieur
- Enseignement secondaire supérieur
- Enseignement technique
- Enseignement professionnel
- Enseignement supérieur : type :.....

Âge à la fin des études :

Diplôme-s /certificat-s obtenu-s et année d'option :

EMPLOYEURS SUCCESSIFS :

Ou copie de votre CV

Employeur (par exple : WANTY)	Fonction (par exple : ouvrier polyvalent)	Période de l'emploi (années) (par exple : de 2010 à 2013)

Dernière fonction exercée :

SITUATION PROFESSIONNELLE ACTUELLE :

- Au travail
- Au chômage depuis le
- À charge de la mutuelle depuis le
- (Pré-) pensionné-e depuis le

À renvoyer à sandrawantiez@swexpertise.com **7 jours avant votre rdv**

ANTECEDENTS MEDICAUX (AVANT** l'accident):**

Opérations chirurgicales :

Maladies importantes (p ex diabète, hypertension artérielle, problème cardiaque, rénal,....)

Traitements en cours (avant l'accident) (médicaments, kiné,.....) :

ACCIDENT-S DE LA VIE PRIVÉE :

Date : Lésions :

Invalidité/incapacité éventuelle (en %) :

ACCIDENT-S DE TRAVAIL :

Date : Lésions :

Invalidité/incapacité éventuelle (en %) :

PÉRIODES D'INCAPACITÉ en rapport avec l'accident:

Nom et adresse de votre médecin traitant :

Nom du/des spécialiste(s) impliqué(s) dans le traitement de vos lésions faisant suite à l'accident

Je soussigné, (NOM Prénom).....,

autorise par la présente le Docteur Sandra WANTIEZ à demander la transmission de tous les documents et/ou renseignements utiles (protocoles opératoires, résultats d'examens, clichés radiologiques, rapport psychiatrique,etc) concernant l'accident dont j'ai été victime en date du

Fait à (lieu)....., le (date).....

Signature

.....