

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

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

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'optention :

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,...)

Traitement 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

.....