

ATTESTATION MEDICALE

No DOSSIER SINISTRE BSCW.....

PRENEUR D'ASSURANCE

Dénomination:

Adresse: bte

Code postal et localité:

VICTIME

Nom: Prénom:

Adresse: bte

Code postal et localité:

LESIONS et SOINS

Date d'accident:/...../.....

Médecin traitant ou établissement hospitalier:

Nom:

Adresse: bte

Code postal et localité:

Lésion (diagnostic):

.....
.....

Cause interne: Oui Non

Nature d'un état antérieur existant:

Hospitalisé: Oui Non

Etablissement hospitalier

Nom:

Adresse: bte

Code postal et localité:

- Suites médicales de l'accident: pas d'incapacité de travail
 incapacité temporaire de travail%
 du/...../..... au/...../.....
 invalidité permanente%
 décès

Date de reprise de travail éventuelle:/...../.....

Date

Signature

La protection de la vie privée

Les données que vous nous communiquez peuvent être traitées par la cie MENSURA SA en vue de la gestion de nos contrats et sinistres, et le service à la clientèle. La loi sur la protection de la vie privée vous donne le droit d'accès et de rectification. La personne concernée donne par la présente son consentement quant au traitement des données médicales à caractère personnel ainsi que pour la communication des dites données médicales.

L'Assuré-bénéficiaire/ayant droit accepte expressément que l'intermédiaire gestionnaire et le preneur d'assurance aient connaissance du contenu du contrat et de ses clauses d'exclusion. Les renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès de la Commission de la protection de la vie privée.