



Téléphone 01 71 23 80 92
Télécopie 01 71 23 88 92

Service Sinistres Dentaires

Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche - TSA 40100
92919 LA DEFENSE Cedex

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS A ADRESSER SOUS PLI FERMÉ AU CHIRURGIEN-DENTISTE CONSEIL

DECLARATION DE SINISTRE

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 "Informatique et Liberté", vous disposez d'un droit d'accès et de rectification sur toutes informations nominatives vous concernant, en écrivant au siège social de la société.

LE SOCIETAIRE

Numéro de police : _____ Numéro de sinistre : _____

Nom, prénom (ou raison sociale) : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Tél. personnel : _____ Fax personnel : _____

Tél. professionnel : _____ Fax professionnel : _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance (dépt et commune) : _____

Nationalité : _____ Date de début d'exercice : _____

Contrat avec le Sociétaire : Louage de Services Adjoint
(si le praticien traitant Remplaçant : libéral Remplaçant : salarié
n'est pas le sociétaire)

Êtes-vous assuré pour la Responsabilité Civile Professionnelle par une autre compagnie : Oui Non

Nom, adresse et références de cette Compagnie : _____

Lui avez-vous adressé une déclaration : Oui Non

Lieu où furent accomplis les actes litigieux : Cabinet Clinique Hôpital public

Autre : _____

Nom et adresse de l'établissement : _____

S'il s'agit d'une clinique, êtes-vous :

Salarié Propriétaire Gérant Administrateur Autre : _____

Une assurance a-t-elle été souscrite par la direction de cet établissement : Oui Non

Si oui, quelle responsabilité couvre-t-elle ? _____

Nom, adresse et références de l'assureur : _____

Votre responsabilité personnelle est-elle couverte par cette assurance : Oui Non

S'il s'agit d'un hôpital public, les soins ont-ils été donnés : En service public Dans le cadre de l'activité libérale
En clinique ouverte hospitalière

LE PATIENT

Nom(*) du patient : _____ Prénom(*) : _____

Adresse : _____

Profession : _____ Age : _____

Situation familiale : Célibataire Marié(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Le malade est-il assuré social ? Oui Non

Bénéficie-t-il d'un régime complémentaire ? Oui Non

Êtes-vous toujours en rapport avec lui ? Oui Non

Si oui, en quels termes ? _____

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Les informations données demeurent confidentielles.

(*) En cas de plainte du patient, le secret médical ne s'impose pas à l'assuré vis-à-vis de son assureur. Si votre déclaration n'est faite qu'à titre conservatoire, n'indiquez que les initiales du patient.

CIRCONSTANCES

• Date de l'accident ou des actes litigieux : _____

- Relation détaillée :
- des circonstances de l'accident s'il s'agit d'un accident
 - des motifs de la réclamation (reproches formulés contre vous, et votre propre version) s'il s'agit d'un litige sur soins ou sur prothèse.

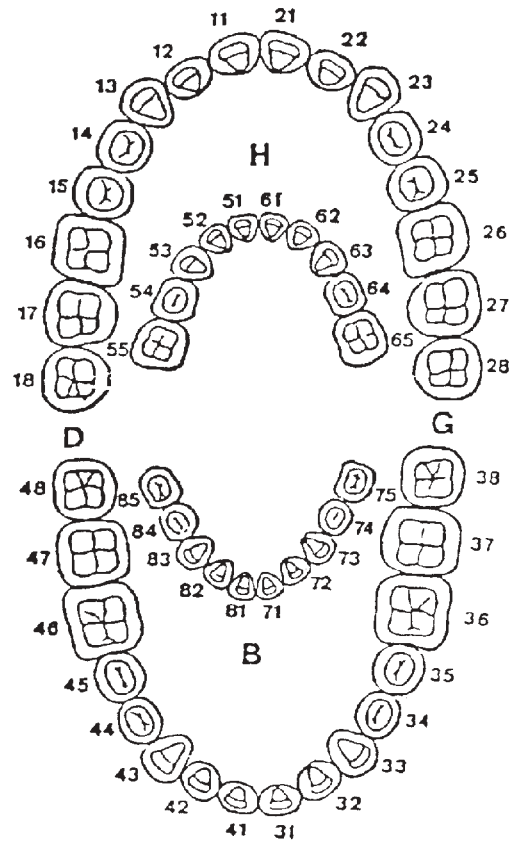
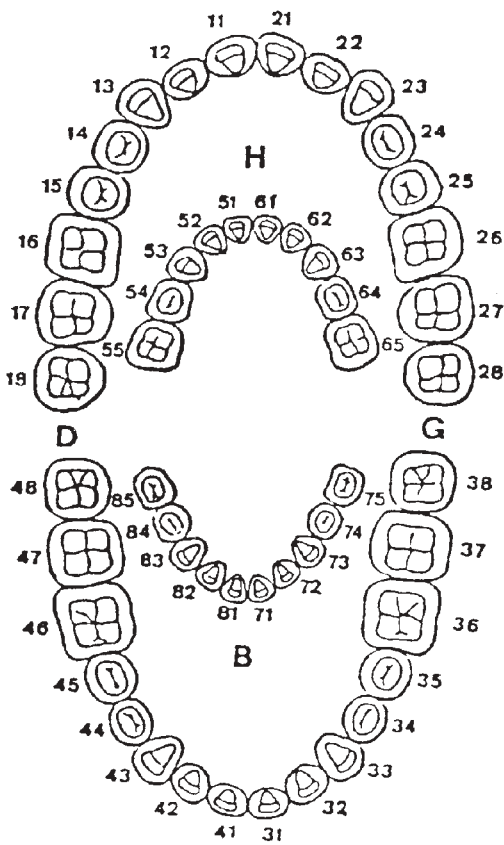
_____ *Si vous n'avez pas assez de place, veuillez utiliser une ordonnance.*

NB : S'il y a eu anesthésie, préciser s'il s'agissait d'une anesthésie locale, loco-régionale ou générale et indiquer la nature et la concentration du produit utilisé.

Estimez-vous avoir commis une faute ? Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

TRÈS IMPORTANT : S'il s'agit d'un litige thérapeutique, remplir impérativement le schéma dentaire sur lequel seront notées les informations essentielles permettant de déterminer l'état antérieur et l'état actuel :



État antérieur

- dents absentes : _____
- hygiène buccale : bonne
- moyenne
- mauvaise
- anomalies : _____
- _____

État actuel

- restaurations prothétiques conjointes
 - type : _____
 - nature : _____
- restaurations prothétiques adjointes
 - type : _____
 - nature : _____

DOCUMENTS A JOINDRE AU PRESENT QUESTIONNAIRE

- Fiche du malade
- Tous documents relatifs au litige et notamment devis, radiographies, pré, per et postopératoires
- Toute réclamation écrite ou pièce de procédure (convocation, assignation, etc ...).

