

# déclaration pour intervention

## ASSURANCE « REVENU GARANTI » - AVOCATS



À compléter par le déclarant et à renvoyer :

Par courrier : Ethias « Service 1171 », rue des Croisiers 24 à 4000 LIÈGE

Par mail : [revenugaranti@ethias.be](mailto:revenugaranti@ethias.be)

[A] à compléter par le déclarant

### 1 IDENTITÉ DU PRENEUR D'ASSURANCE

Merci de bien vouloir préciser le preneur d'assurance :

- Ordre des Avocats francophones du Barreau de Bruxelles - Police n° 45.344.643
- Ordre des Avocats du Barreau de Liège - Police n° 45.330.274
- Ordre des Avocats du Barreau de Verviers - Police n° 45.330.216
- Ordre des Avocats du Barreau d'Eupen - Police n° 45.330.723
- Ordre des Avocats du Barreau de Nivelles - Police n° 45.330.706
- Ordre des Avocats du Barreau de Huy - Police n° 45.330.730

Disposez-vous d'une extension individuelle ?

Oui  Non

Si oui, n° de police : \_\_\_\_\_

### 2 IDENTITÉ DE LA VICTIME (à compléter uniquement si la victime n'est pas le preneur d'assurance)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Date de naissance : \_\_\_\_\_ N° registre national : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

N° téléphone privé : \_\_\_\_\_ N° téléphone employeur : \_\_\_\_\_

GSM : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Votre numéro de compte : \_\_\_\_\_

### 3 MALADIE

S'agit-il d'une maladie ?

Oui  Non

### 4 ACCIDENT

S'agit-il d'un accident du travail ou sur le chemin du travail ?

Oui  Non

### 5 À COMPLÉTER SI LA DEMANDE EST RELATIVE À UN ACCIDENT AUTRE QU'UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU SUR LE CHEMIN DU TRAVAIL

Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

Date de l'accident : \_\_\_\_\_ Jour : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

### 6 DESCRIPTION DE L'ACCIDENT (causes, circonstances, conséquences et/ou dommages occasionnés)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En cas d'accident de roulage, veuillez également compléter le cadre 7.



**Je soussigné,**

Nom et prénom du médecin : \_\_\_\_\_  
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

Adresse du médecin : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

**déclare que,**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
M. - Mme - Mlle (biffer les mentions inutiles). Femme mariée ou veuve : nom de jeune fille

**A. Est en traitement depuis le** \_\_\_\_\_

**pour** \_\_\_\_\_

**B. Estimez-vous que le traitement décrit à la rubrique a) ci-dessus est relatif à un état antérieur (infirmités, maux ou maladies) ?**  Oui  Non

Si oui à préciser : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**C. Est en incapacité du** \_\_\_\_\_ **au** \_\_\_\_\_

**D. Peut reprendre le travail le** \_\_\_\_\_

**E. Observations :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fait à

le

Signature du médecin,

