

- de trajet pour aller au travail OUI NON
- de trajet de loisir OUI NON
- de travail OUI NON
 - o avec cause inexcusable de l'employeur OUI NON
 - o Préciser la cause de l'accident

Avez-vous été contacté par un assureur suite à l'accident ? OUI NON
 (préciser référence et coordonnées de l'assurance.....)

IV. DOCUMENTS A FOURNIR

(L'ensemble des documents doit être remis, même incomplets, et en copie au Cabinet d'Avocats SCHARR).

1. Pièces relatives aux assurances :

- Echanges de correspondances OUI NON
- Police d'assurance OUI NON

(Préciser numéro et adresse de police d'assurance et mutuelle personnelle))

(Préciser numéro et adresse de police d'assurance et mutuelle de la partie adverse.....))

- Convocation à une expertise OUI NON
- Tous autres documents : OUI NON

(Préciser))

2. Pièces médicales :

- Certificat initial OUI NON
- Certificat de consolidation OUI NON
- Ordonnances OUI NON
- Certificats médicaux OUI NON
- Arrêt de travail OUI NON
- Tous autres documents : OUI NON

(préciser)

3. Pièces sur l'activité professionnelle :

- Bulletins de salaire (6 mois) OUI NON
- Convention OUI NON
- Contrat OUI NON
- Tous autres documents : OUI NON

(Préciser.....))

V. CONSTATATION DES PREJUDICES : LISTE DES DOLEANCES

Des troubles se sont ils manifestés aux endroits suivants :

- | | | | |
|----------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. TETE | Cuir chevelu | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | Crâne | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | Perte de connaissance | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | Troubles maxillo-faciales | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | Troubles auditifs : | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | Perte d'audition | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | Acouphènes | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | Douleurs diffuses | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| | Troubles visuels | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Troubles neurologiques et/ou psychiatriques	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Céphalées	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Vertiges	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Troubles de l'équilibre	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Difficultés du sommeil	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pertes de mémoire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Sexualité (libido, troubles dans la vie conjugale)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Angoisses (claustrophobie, agoraphobie)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
2. COU (cervicalgies, raideurs, coup du lapin, traumatismes...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3. EPAULES (fractures, luxation, traumatismes divers ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
4. MEMBRES SUPERIEURS (amputation, fracture, luxation, traumatismes ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
5. MEMBRES INFERIEURS (amputation, fracture, luxation, traumatismes ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
6. REINS (ablation, traumatismes ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
7. COLONNE VERTEBRALE (traumatismes divers)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
8. BASSIN (fractures, traumatismes divers ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
9. CAGE THORACIQUE (fractures, problèmes respiratoires, traumatismes...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
10. ORGANES DIGESTIFS, ABDOMINAUX et GENITAUX (ablation ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
11. PREJUDICE ESTHETIQUE (brulures, cicatrices)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
12. TIERCE PERSONNE (aide ménagère ou autres ...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
13. AMENAGEMENTS et DOMOTIQUE (aide technique, prothèses...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
14. PREJUDICE D'AGREMENT		
- Pratique d'un sport	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
(préciser)		
En club	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Détente	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

*La liste des préjudices permet, lorsqu'il y a lieu de passer un examen ou une expertise, de ce souvenir de ce dont on souffre.

Il faut absolument s'examiner soi-même du haut de la tête jusqu'aux orteils et faire la liste de tous les maux, difficultés, etc....

Le médecin conseil de l'assurance ou l'expert reprendra les doléances dans son rapport.

Il faut se constituer un dossier en fonction de cette liste.

Si possible, se munir de tous documents médicaux (certificats, ordonnances, rapports, lettres médicales...).

Prendre l'initiative d'en demander à son médecin traitant ou chirurgien et de lui faire indiquer votre situation et ce pour tout acte ou intervention : Un certificat descriptif précisera votre état et les soins ou interventions qui ont été nécessaires, les conséquences actuelles et voire futures.

ATTENTION : Des troubles passés peuvent se reproduire plus tard, il faut donc les considérer.

Ne pas hésiter à demander des ordonnances pour traiter des douleurs ou infections même bénignes en apparence.

En effet, le médecin-conseil, chargé par la compagnie d'assurance ou l'expert judiciaire ou arbitral, considérera votre cas en fonction quasi-exclusivement des documents communiqués d'où l'importance de se faire délivrer pour chaque visite ou intervention, un certificat précisant la situation et les causes des soins.

Il peut être utile de s'adjoindre d'un médecin de recours dans le cadre des expertises amiables contradictoires ou judiciaires que le Cabinet d'Avocat SCHARR choisira dans l'intérêt de la victime.