



CABINET MEDICAL D'AYENT
027.398.40.40

Madame, Monsieur,

Afin de faciliter les formalités relatives à votre accident, nous vous serions reconnaissants de bien vouloir compléter ce formulaire et nous le retourner par :

Mail : cabinet.medical.ayent@hin.ch

poste : route de Saint-Romain 49, 1966 AYENT (Saint-Romain)

En cas d'**examen radiologique réalisé au cabinet médical** : merci d'envoyer **également** à sion@affidea.ch

Si des examens radiologiques ont été réalisés ultérieurement dans d'autres centres d'imagerie (en lien avec l'accident) : merci de transmettre une copie de ce formulaire rempli au centre d'imagerie (IRS, affidea, ...)

Ce formulaire doit impérativement nous être **renvoyé dans un délai de 15 jours**.

Passé ce délai, la facture vous sera directement adressée pour paiement.

PATIENT :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : _____

COORDONNES DE L'EMPLOYEUR

Nom _____

Adresse _____

n° de téléphone _____

COORDONNES DE L'ASSURANCE

Nom _____

Adresse _____

n° de sinistre _____ Date de l'accident _____

☐ Je déclare avoir entrepris les démarches auprès de mon assurance accident.

Lieu et date

Signature

Pour tout renseignement complémentaire, nous sommes à votre disposition