

## Déclaration des dégâts pour la responsabilité civile professionnelle

«Edition 11-2016»

---

Nom et Adresse du preneur d'assurance

---

Police no.

---

Docteur responsable

---

Autre participants (Anesthésiste, Chirurgien, OP-sœur)

---

Patient (nom/prénom/adresse/date de naissance)

---

Intervention (Date, détailler)

---

Événement (détail par reproche)

---

Ressenti personnel

---

Autres remarques

---

Date

Signature d'assuré