

Questionnaire pour dommages dentaires en relation avec des aliments

Personne assurée	Nom, prénom
	N° d'assuré(e)
1 Quand l'accident a-t-il eu lieu?	Date
2 Quand avez-vous consulté le dentiste pour la première fois à ce sujet?	Date
3 Dans quelles circonstances ce dommage dentaire s'est-il produit?	
4 Quel aliment avez-vous mangé?	
5 S'il s'agissait de fruits à noyau, comment étaient-ils?	<input type="checkbox"/> dénoyautés <input type="checkbox"/> non dénoyautés
6 Avez-vous vu cet objet dur ou pu en constater la nature après l'événement? <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Précisions
7 a) Où ce produit a-t-il été acheté?	
b) Quand ce produit a-t-il été acheté?	
c) Par qui ce produit a-t-il été acheté?	
8 Avez-vous annoncé cet incident au magasin ou au restaurant? <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Précisions

Suite à la page suivante

Personne assurée	Nom, prénom
	N° d'assuré(e)

9 a) Avez-vous montré la preuve de la présence de cet objet dur? Non Oui

b) Où ce dernier se trouve-t-il maintenant?

10 a) Y a-t-il des témoins? Non Oui

b) Nom et adresse du 1^{er} témoin

Nom, prénom

Rue, N°

NPA, lieu

c) Nom et adresse du 2^{ème} témoin

Nom, prénom

Rue, N°

NPA, lieu

d) Nom et adresse du 3^{ème} témoin

Nom, prénom

Rue, N°

NPA, lieu

Je confirme avoir répondu aux questions mentionnées ci-dessus de manière conforme à la vérité.

Lieu et date	Signature de la personne assurée/du représentant légal
--------------	--

La notion d'accident est définie par la loi. Elle comprend toute atteinte dommageable portée au corps humain par un facteur extérieur de manière soudaine et involontaire. De plus, le facteur extérieur doit être connu. Cette condition est remplie si vous avez vu l'objet et si vous pouvez le décrire. Conformément à la réglementation en vigueur, la seule supposition qu'un objet étranger se trouvait dans la nourriture n'est pas une justification suffisante pour la prise en charge des coûts du traitement.