



ANTOINE HARMAND
Avocat à la Cour

QUESTIONNAIRE PREPARATOIRE A L'EXPERTISE

Nom :	Situation familiale :
Prénom :	Niveau d'étude :
Date de naissance :	Assurance :
Profession :	Contrat d'assurance :
Demeurant :	N° de sécu :
@ :	Mutuelle :
Nombre d'enfants :	N° Mutuelle :
Nombre d'enfants à charge :	

I/ ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

1. Avez-vous des antécédents médicaux ? : OUI / NON

2. Si oui, quels sont-ils ?:

3. Prenez-vous des médicaments ?

Si oui, lesquels ? : OUI / NON

4. Avez-vous des allergies connues ? :

5. Avez-vous été hospitalisé(e) par le passé ? OUI / NON

Si oui, pour quelle raison et quand ? :

6. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale ? OUI / NON

Si oui, laquelle et quand ?:

II/ RAPPEL DES FAITS :

Date de l'accident :

Lieu de l'accident :

Qualité de la victime :

Piéton Cycliste Motard Automobile Trottinette électrique Autres (détaillez) :

Nature de l'accident :

Accident de trajet / travail

Accident sur le temps personnel

Circonstances de l'accident :

Qui était impliqué dans l'accident ? :

Y avait-il des témoins ? OUI / NON

Si oui, qui étaient-ils et qu'ont-ils vu ?:

III/ PRISE EN CHARGE PAR LES SERVICES HOSPITALIERS

Nom de l'Hôpital (indiquer le service) :

Avez-vous votre certificat médical initial ?

O Oui (merci de le communiquer)

O Non

Durée de l'hospitalisation :

- Du / / au / / / à : _____

- Du / / au / / / à : _____

- Du / / au / / / à : _____

Nature des soins :

Opérations :

Interventions passées :

Interventions à venir :

O : Date & nature :

O : Date & nature :

O : Date & nature :

O : Date & nature :

O : Date & nature :

O : Date & nature :

O : Date & nature :

O : Date & nature :

IV. BLESSURES SUBIES

1. Quelles parties de votre corps ont été blessées lors de l'accident ? :

2. Décrivez les blessures que vous avez subies :

3. Avez-vous ressenti des douleurs immédiatement après l'accident ? :

4. Avez-vous ressenti des douleurs chroniques depuis l'accident ? :

5. Comment les blessures subies ont-elles affecté votre vie quotidienne ?:

V. SYMPTOMES ACTUELS

1. Quels sont vos symptômes actuels ? :

2. Depuis combien de temps avez-vous ces symptômes ?

3. Quelle est leur fréquence et leur intensité ?

4. Comment ces symptômes affectent-ils votre vie quotidienne ?

5. Prenez-vous des médicaments pour soulager ces symptômes ?

VI. REPERCUSSIONS SUR LA VIE QUOTIDIENNE

1. Comment l'accident a-t-il affecté votre vie quotidienne ? :

2. Avez-vous des difficultés à effectuer des tâches quotidiennes ? OUI / NON

Si oui, lesquelles ?

3. Avez-vous des difficultés à travailler ? OUI / NON

Si oui, de quelle manière ? :

4. Avez-vous des difficultés à pratiquer des activités physiques ? OUI / NON

Si oui, lesquelles ? :

5. Avez-vous des difficultés à effectuer des activités de loisirs ? O OUI / O NON

Si oui, lesquelles ?

6. Comment l'accident a-t-il affecté votre vie sociale ? O OUI / O NON

7. Avez-vous subi une perte de revenus suite à l'accident ? O OUI / O NON

Si oui, pouvez-vous donner une estimation du montant ?:

VII. INCIDENCE PROFESSIONNELLE ET PERTE DE GAIN FINANCIER

1. Quel est votre métier ? :

2. Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ? :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="radio"/> Agriculteurs exploitants | <input type="radio"/> Artisans. commerçants. chefs entreprise | <input type="radio"/> Cadres et profession intellectuelles supérieures |
| <input type="radio"/> Professions intermédiaires | <input type="radio"/> Employés | <input type="radio"/> Ouvriers |
| <input type="radio"/> Retraités | <input type="radio"/> Autres personnes sans activité professionnelle | |

3. L'accident a-t-il eu des répercussions sur votre activité professionnelle ? Si oui, lesquelles ? :

4. Depuis combien de temps travaillez-vous dans votre métier actuel ? :

Si vous êtes salarié(e) :

- Si vous êtes salarié(e), avez-vous un contrat de travail à durée déterminée ou indéterminée ? : CDD / CDI / Non applicable
- Combien d'heures travaillez-vous par semaine ? :
- Quel est votre salaire net annuel ? :
- Avez-vous un salaire fixe ou variable ? Si variable, comment est-il calculé ? :

Si vous êtes entrepreneur, profession libérale ou à votre compte :

- Quel est votre chiffre d'affaire annuel ? :
- Quel est votre bénéfice annuel ? :
- Avez-vous subi une perte de clientèle ou de marché suite à l'accident ? :

5. Avez-vous subi une diminution de vos revenus depuis l'accident ? :

6. Avez-vous été contraint de changer de métier à la suite de l'accident ? :

7. Avez-vous subi une perte de chance professionnelle suite à l'accident ? :

8. Avez-vous des projets professionnels en cours ou à venir qui ont été affectés par l'accident ? :

VIII. PROJETS DE VIE

1. Avez-vous des projets personnels en cours ou à venir qui ont été affectés par l'accident ?

2. Avez-vous des projets de vie importants, tels que se marier, avoir des enfants, acheter une maison, qui ont été affectés par l'accident ?

3. Avez-vous dû modifier vos plans de vie à la suite de l'accident ?

4. Avez-vous besoin d'un soutien particulier pour réaliser vos projets de vie en conséquences de l'accident ?

5. Avez-vous une estimation des coûts supplémentaires liés aux conséquences de l'accident sur vos projets de vie ?

IX. CONCLUSION

Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez ajouter ?

Avez-vous des questions concernant l'expertise médicale ?

A LIRE ATTENTIVEMENT :

L'expertise médicale est une étape cruciale dans la défense de vos droits en tant que victime d'un accident de la circulation. Il est fortement recommandé d'être assisté par un avocat spécialisé en droit du dommage corporel pour préparer cette expertise. En effet, un avocat compétent en la matière saura vous guider tout au long du processus et vous aider à réunir toutes les pièces nécessaires à la constitution et au suivi de votre dossier.

Le Cabinet de Me Antoine HARMAND s'engage à vous accompagner et à préparer votre expertise médicale en toute sérénité. Nous disposons d'une solide expérience dans la défense

des victimes d'accidents de la circulation et nous sommes à votre entière disposition pour vous assister à chaque étape de la procédure indemnitaire.

*N'hésitez pas à prendre contact avec notre Cabinet au **01 86 26 62 69** ou par mail à : a.harmand@hdl-avocat.com pour obtenir un premier rendez-vous gratuit et sans engagement.*

Nous serons heureux de répondre à toutes vos questions et de vous accompagner dans la défense de vos droits.

<https://www.harmand-avocat.fr>

© 2023 Toute reproduction ou distribution même partielle sans autorisation est interdite