

DÉCLARATION D'ACCIDENT

Ne pas écrire au crayon de papier !

Edition 2008

Identité

Prénom NPA/lieu

Nom Date de naissance

Adresse Tél.

..... AVS/No ass

Rapports de travail au moment de l'accident

- a) Pas de rapport de travail ménagère enfant étudiant retraité rentier AI
- b) Indépendant (en cas de rapport de travail occasionnel, remplir aussi c))
- c) Salarié Adresse de l'employeur:
- Temps de travail hebdomadaire moyen:
- Recevez-vous une indemnité chômage?

Questions concernant l'accident

Quand s'est produit l'accident (date et heure)?

Où s'est produit l'accident (endroit exact)?

Description de l'accident (activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident ; personnes, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident):

Un rapport de police a-t-il été établi? Oui Non

Si oui, par quel poste de police?

Noms des éventuels témoins:

Endossez-vous une quelconque responsabilité? Oui Non

Si oui, laquelle?

D'autres personnes sont-elles impliquées dans cet accident? Oui Non

Si oui, indiquez les noms?

Données concernant le traitement médical/les soins médicaux

Partie du corps atteinte:

gauche droite indéterminée

Nature de lésion/description exacte des blessures (p. ex.: coupure, fracture, entorse, contusion, commotion etc.):

Médecin, dentiste ou hôpital traitant:

Subissez-vous une incapacité de travail supérieure à 7 jours? Oui Non

Si oui, combien de temps?

Autres assurances

Existe-t-il d'autres assurances-accidents? Oui, lesquelles Non

Nom et adresse de l'assureur:

Assurance LAA:.....

Caisse maladie:

Assurance-accident privée:

Autres:

Des tiers sont-ils civilement responsables? Oui Non

Si oui, qui? (Nom et adresse)

Des véhicules à moteur ou d'autres véhicules étaient-ils impliqués dans l'accident ? Oui Non

Si oui, lesquels (renseignements sur le véhicule, nom et adresse du conducteur)?

Recevez-vous une indemnité de la part d'autres assureurs? Oui Non

Si oui, laquelle?

Remarques

.....

.....

Par la présente, je prend connaissance que toute dissimulation ou tout renseignement non conforme à la vérité peut entraîner la diminution, voire la suppression des prestations. Je donne pouvoir à la caisse maladie Agrisano d'entreprendre, auprès du médecin, de l'hôpital, de l'employeur, de la police, du tribunal etc. une enquête en rapport avec cet accident.

Lieu et date

Signature de la personne assurée ou du représentant légal