

Déclaration d'accident

Nous vous prions de bien vouloir retourner dans les 10 jours la déclaration d'accident à la Caisse-maladie Agrisano SA. Seules les déclarations remplies correctement et complètement permettront un traitement efficace et rapide du cas et éviterons ainsi des questions complémentaires. Nous vous remercions pour votre collaboration.

Identité

Nom Prénom
Rue, no. NPA/Lieu
Date de nais. No. ass.

Contact

Tél. privé Tél. prof.
Portable E-Mail

A quelle heure êtes-vous le plus facilement joignable? Privé Prof. Portable

Personne de contact en cas de questions?

Données concernant l'accident

Date et l'heure de l'accident:

Lieu d'accident (endroit exact):

L'accident s'est produit sur le chemin de travail au travail pendant le temps libre

Description complète et exacte des circonstances de l'accident:

Données concernant le traitement médical/les soins médicaux

Partie du corps atteinte: gauche droite les deux

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

Médecin, dentiste ou hôpital traitant:

Existe-t-il une incapacité de travail? oui non Si oui, combien de temps?

Informations supplémentaires

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)?

Un rapport de police a-t-il été établi? oui non Si oui, nom et adresse du poste de police:

Noms et adresses des éventuels témoins:

Endossez-vous une quelconque responsabilité? oui non Si oui, laquelle?

D'autres personnes étaient-elles impliquées dans cet accident? oui non Si oui, noms et adresses:

Activité au moment de l'accident

Ménagère/ménager

Retraité(e)/rentier AI

Apprenti(e)

Étudiant(e)

Employé/employée

Indépendant(e)

Existait-il au moment de l'accident un rapport de travail ou d'apprentissage? oui non

Si oui, nom et adresse de l'employeur:

Temps de travail par semaine: S'agit-il d'une entreprise familiale? oui non

Si non, recevez-vous une indemnité chômage? oui, du au non

Autres assurances

Êtes-vous, votre employeur ou l'entreprise pour auxiliaires, affiliés à une autre assurance accident (p.ex. la Suva, assurance complémentaire, ass. pour auxiliaire, etc.)? oui non Si oui, nom et adresse de l'assurance:

Police/numéro de sinistre: Quelles sont les prestations couvertes par cette assurance?

Des tiers sont-ils civilement responsables? oui non Si oui, noms et adresses:

Remarques

Par la présente, je prends 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 SA 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 l'accidenté ou du représentant légal

