



Avis d'accident

(à remplir par l'assuré ou par son représentant légal)
Nous vous prions de bien vouloir répondre de manière précise et complète à toutes les questions (pas de traits) et de nous renvoyer l'avis d'accident par retour du courrier. Si un tiers est tenu de servir des prestations, l'obligation de la caisse-maladie n'est que subsidiaire.

Date de remise:

1. Personne blessée

Nom / Prénom _____
Rue / No _____
NPA / Localité _____

Date de naissance _____
Tél. privé _____
Tél. professionnel _____

Profession _____

Activité à temps partiel _____

Nom et adresse de l'employeur

En cas de chômage, quand et auprès de qui
avez-vous travaillé en dernier lieu?

Temps de travail _____ Jours par semaine

Heures par semaine _____

Temps de travail moyen par semaine?
Avez-vous bénéficié depuis lors d'indemnités
journalières de l'assurance-chômage?

moins de 8 h 8 h et plus
 Oui, du _____ au _____
 Non

2. Déroulement de l'accident

Date de l'accident _____ Heure _____ Localité _____

Description précise des circonstances de l'accident

L'accident a-t-il été provoqué par une tierce personne? Oui No

Nom, adresse et numéro de téléphone de cette personne

Nom et adresse de son assurance responsabilité civile

Témoins _____

Un rapport de police a-t-il été établi? (Si oui, prière de joindre
une copie) Oui No

En cas d'accident de sport, nom de l'association

3. Blessures

Genre de blessures (description précise, partie du corps, etc.)

Début du traitement _____

Médecin de premier recours _____

Suite du traitement par _____

Etes-vous incapable de travailler? Oui No
100% dès le _____ % dès le _____



Avis d'accident

4. Autres assurances

Par laquelle des assurances mentionnées ci-après êtes-vous assuré à titre obligatoire et/ou à titre complémentaire contre les accidents et quelle en est l'étendue?

Veuillez compléter de manière précise ce qui convient.

Si vous ne disposez d'aucune assurance-accidents, vous devez cocher dans chaque cas la case «non».

Assurance	Assureur responsable	Couverture des frais de guérison, p. ex. entière ou en compl. à la caisse-maladie	Etes-vous assuré contre la perte de salaire?
Assurance-accidents oblig. de l'employeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No			
Assurance supplémentaires/complémentaire à l'assurance LAA de l'employeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No			
Assurance-accidents privée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No			
Assurance-accidents scolaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No			
Autres assurances <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No			
Avez-vous passé un accord concernant le sinistre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No			
Bénéficiez-vous d'une rente de l'assurance invalidité fédérale, de la SUVA, LAA, AM ou d'une assurance privée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No			

5. Questions complémentaires en cas d'accident de la circulation

Genre (p. ex. vélo, vélomoteur, voiture) et numéro d'immatriculation	Véhicule utilisé par vous	Véhicule entré en collision
Détenteur (propriétaire) Nom, adresse, tél.		
Conducteur Nom, adresse, tél.		
Assurance responsabilité civile		
Assurance occupants		

La personne soussignée déclare avoir répondu de manière véridique et complète à toutes les questions et autorise la caisse-maladie à consulter tous les documents qui concernent l'accident (p. ex. dossier médical, dossiers de la SUVA, de l'AM et de l'assureur-accidents privé).

Date

Signature