

Déclaration d'accident LAMal/LCA – N° d'accident

Pour nous permettre de déterminer rapidement le droit aux prestations pour les suites de l'accident mentionné ci-dessous, nous vous remercions de remplir avec exactitude et intégralement le présent formulaire et de nous le retourner dûment signé.

Données générales

Nom du blessé:		N° de client:
Date de naissance:	Tél. privé:	Tél. prof.:
Date de l'accident:	Heure:	Lieu de l'accident:
Témoins? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	Si oui, nom et adresse:	

Description détaillée du déroulement de l'accident: (Si un schéma ou une description complémentaire s'avérait utile, nous vous prions d'utiliser la page 2 du présent document)

Quelle est la cause exacte de l'accident ?

Une autre personne est-elle responsable de cet accident ? non oui

Si oui, > Nom et adresse de celle-ci:

> Nom et adresse de son assurance responsabilité civile (RC):

> N° plaque de la voiture impliquée, nom du détenteur, RC (si acc. de la circulation):

Un rapport de police a-t-il été établi? non oui (si oui, par quel poste ?)

Un constat à l'amiable a-t-il été établi? non oui (si oui, le joindre à cette déclaration)

Une plainte pénale a-t-elle été déposée? non oui (si oui, auprès de qui?)

Lésions constatées

Blessure: (partie du corps – gauche/droite – et nature des lésions):

Premiers soins par médecin, hôpital, clinique, dentiste:

Suite de traitement par :

Traitement terminé? non oui

Si non, date de la prochaine consultation:

Y a-t-il eu des lésions dentaires? non oui

Nom et adresse du dentiste consulté:

Bénéficiez-vous de prestations d'autres assurances (LAA ou assurance facultative LAA, SUVA, AI, assurance militaire, assurances privées telles que assurance scolaire, club sportif, assurance occupant ou autre assureur-maladie)? non oui
Si oui, lesquelles? (n° de police, n° sinistre, adresse assurance)

Activité au moment de l'accident

Etiez-vous, à la date de l'accident: écolier étudiant sans activité professionnelle chômage au service militaire
 travailleur indépendant apprenti employé retraité femme/homme au foyer

> Si vous étiez employé, nom et adresse de l'employeur au moment de l'accident:

Moyenne d'heures de travail par semaine: moins de 8 heures 8 heures et plus

> Si vous n'exerciez plus d'activité professionnelle ou si vous étiez au chômage:

Où et jusqu'à quand, avez-vous travaillé pour la dernière fois?

Avez-vous depuis, timbré au chômage? non oui du: au:

Incapacité de travail du: au:

Lieu et date:

Signature de l'assuré ou de son représentant légal:

Déclaration d'accident LAMal/LCA – N° d'accident

Données générales

Nom du blessé:

N° de client:

Date de l'accident:

Description complémentaire et/ou schéma de l'accident

Lieu et date:

Signature de l'assuré ou de son représentant légal: