

## 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?  non  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

### 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 numéro de sinistre de l'assurance accidents LAA de votre employeur :

(Si vous n'avez pas déclaré l'accident à votre employeur, veuillez le faire et nous transmettre les informations.)

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

Si vous n'exercez 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: \_\_\_\_\_