

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: _____