

Questionnaire accident Accident individuel / accident d'enfant / accident collectif (LCA)

Personne assurée	N° de police
Date de naissance	Nom, prénom
Téléphone N° principal	Adresse
	Courriel

Aperçu de l'accident

1	Quand l'accident s'est-il produit?	Date	Heure
2	a) Auprès de quel employeur travailliez-vous au moment de l'accident?		
	b) Nombre d'heures par semaine?		
3	a) Concernant les personnes non employées: quelle en est la raison?	<input type="checkbox"/> Indépendant/e <input type="checkbox"/> Apprenti/e	<input type="checkbox"/> Sans activité lucrative <input type="checkbox"/> Stagiaire
	b) Dernier employeur avant l'accident?	Nom et adresse	
		Employé/e auprès de cet employeur	du au
4	Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié d'allocations de chômage?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, période	du au

Détails relatifs à l'accident

5	L'accident s'est-il produit sur le chemin pour aller ou revenir du travail?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
6	a) Description détaillée du déroulement de l'accident (météo, personnes, véhicules, machines ou animaux impliqués)	
	b) Lieu exact de l'accident	
7	Témoins oculaires et leurs adresses	
8	a) Partie du corps blessée (désignation précise, partie du corps, dent, etc.)	
	b) La douleur a-t-elle été provoquée par un mouvement brusque ou incontrôlé?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	c) Les troubles se sont-ils manifestés immédiatement après l'événement?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
9	Premiers soins par le médecin / l'hôpital?	D ^r
	Auprès de qui poursuivez-vous le traitement?	D ^r
10	Début du traitement?	
11	Y a-t-il / y avait-il une incapacité de travail?	Du au <input type="checkbox"/> totale <input type="checkbox"/> partielle

Parties impliquées

12	a) Personnes impliquées dans l'accident?	Nom, prénom
		Adresse
	b) La personne impliquée a-t-elle conclu une assurance responsabilité civile?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, nom et adresse de l'assurance responsabilité civile
	(Pour les accidents de la circulation, voir les questions complémentaires au point 17)	
		N° de police ou n° de sinistre

Personne assurée	N° de police
Date de naissance	Nom, prénom

Parties impliquées Suite

- 13 Un rapport de police a-t-il été établi? Non
 Oui, par quel service administratif? (Nom et adresse)

Précisions en matière d'assurance

- 14 a) Assurance-accidents obligatoire de l'employeur? Non
 Oui, nom et adresse de l'assureur

N° de police ou n° de sinistre

- b) Assurance supplémentaire / complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire de l'employeur? Non
 Oui, nom et adresse de l'assureur

N° de police ou n° de sinistre

Couverture

- 15 a) Disposez-vous d'une autre assurance-accidents ou d'une assurance par convention? Non
 Oui, période du _____ au _____
(ass. accidents privée)

Nom et adresse de l'assureur

- b) Les frais de guérison sont-ils couverts? Non
 Oui, nom et adresse de l'assureur
(évent. subsidiairement à l'assurance-maladie)

N° de police ou n° de sinistre

Couverture

- c) Frais de recherche, de sauvetage ou de rapatriement? Non
 Oui, nom et adresse de l'assureur
Livret ETI du TCS / cartes de crédit?

Couverture

- 16 Avez-vous déjà annoncé l'accident auprès d'une autre assurance? Non
 Oui, nom et adresse de l'assureur

N° de police ou n° de sinistre

Couverture

Accidents de la circulation

17 Véhicule utilisé	Autre véhicule impliqué
<input type="checkbox"/> Vélomoteur / vélo <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Motocycle	<input type="checkbox"/> Vélomoteur / vélo <input type="checkbox"/> Automobile <input type="checkbox"/> Motocycle
Détenteur	Détenteur
Conducteur	Conducteur
Plaque de contrôle	Plaque de contrôle
Assurance RC	Assurance RC
Ass. de passagers	Ass. de passagers

Autorisation / signature

Je déclare par la présente avoir répondu avec exactitude aux questions posées ci-dessus. Par ma signature, je délie les hôpitaux, les médecins, le personnel médical, les autorités, les bureaux officiels et les autres compagnies d'assurance de leur obligation légale ou contractuelle de garder le secret vis-à-vis de l'assureur cité en en-tête, ainsi que vis-à-vis d'Helsana Assurances complémentaires SA, et je les autorise à fournir tous les renseignements nécessaires en relation avec l'accident. J'autorise en outre l'assureur cité en en-tête, ainsi qu'Helsana Assurances complémentaires SA, à remettre aux assurances de responsabilité civile concernées ou à des tiers responsables les documents déterminants pour les créances faisant l'objet d'un recours.

Lieu et date

Signature de l'assuré(e)/de son représentant légal

Pour des demandes de remboursement de factures déjà payées, nous vous prions de joindre les justificatifs originaux et d'indiquer ci-après l'adresse de paiement (compte postal/bancaire) ainsi que le titulaire du compte.

Titulaire du compte

N° de compte postal/bancaire