

# Déclaration d'accident pour les enfants

## Personne assurée

Nom, prénom

N° d'assuré

Date de naissance

N° de cas (ID)

Téléphone (meilleure disponibilité)

## Détails de l'accident

1 Date de l'accident

2 Heure de l'accident

3 Lieu de l'accident

4 Déroulement de l'accident

5 Y avait-il une personne tierce impliquée dans l'accident ?  Oui  Non

Nom, prénom, adresse, NPA, localité

6 Un rapport de police a-t-il été établi ?  Oui  Non

Par quel poste de police / nom du policier ?

7 Questions supplémentaires en cas d'accident de la circulation : Type de véhicule (p. ex. vélo, vélomoteur, voiture)

Véhicule utilisé

Autre véhicule impliqué

Plaque de contrôle

Propriétaire

Conducteur

Assurance responsabilité civile

Assurance occupants

Oui  Non

## Blessure

8 Partie du corps touchée

9 Type de blessure

gauche  droite

10 Premier médecin/hôpital traitant

11 Date du traitement

## Assurance

12 Existe-t-il une autre assurance-accidents (école, association, assurance-accidents privée) ?

Oui  Non

Nom de l'assurance :

13 Couverture d'assurance pour les traitements (frais de guérison)

- Division commune  
 Division hospitalière demi-privée  
 Division hospitalière privée  
 En complément de l'assurance-maladie

## Autorisation/signature

Par la présente, je confirme avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées. 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 dans l'en-tête de cette lettre, 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 dans l'en-tête de cette lettre ainsi que Helsana Assurances complémentaires SA à remettre aux assurances responsabilité civile concernées ou aux tiers responsables les documents déterminants pour les prétentions récursoires.

Lieu et date

Signature de la personne assurée / du représentant légal

X