

Déclaration d'accident

Personne assurée

Nom, prénom

Date de naissance

N° d'assuré

Téléphone (meilleure disponibilité)

Profession

E-mail

N° de cas (ID)

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 Étiez-vous salarié/e au moment de l'accident ?

- Salarié/e
 Apprenti/e
 Indépendant/e
 Sans activité professionnelle

6 Touchez/Touchiez-vous des allocations chômage ?

- Non
 Oui, période allant du _____ au _____

7 L'accident s'est produit

- sur le chemin du travail
 au travail
 en dehors du travail / pendant les loisirs

8 Nombre d'heures de travail par semaine

9 Occupé par cet employeur

du _____ au _____

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

Nom, prénom, adresse, NPA, localité

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

Par quel poste de police / nom du policier ?

12 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

Suite page suivante

Nom, prénom	_____	_____
Date de naissance	_____	E-mail
N° d'assuré	_____	N° de cas (ID)

Blessure

13 Partie du corps touchée _____ 14 Type de blessure _____ gauche droite

15 Premier médecin/hôpital traitant _____

16 Date du traitement _____

Assurance

17 Existe-t-il une autre assurance ? Oui Non

Type d'assurance _____
 Assurance par convention
 Assurance-accidents privée
 Assurance-accidents selon la LAA

Nom de l'assurance : _____

18 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