



Numéro d'assuré:

Agence compétente:

Avis d'accident

Nous vous prions de bien vouloir **remplir complètement** le présent avis d'accident. Seul un **avis d'accident complètement rempli** permet un suivi rapide de cet accident et empêche des demandes de précision inutiles à votre égard. Merci de votre collaboration!

Preneur d'assurance

Nom / prénom:

Téléphone privé:

Rue / localité:

Téléphone prof.:

E-mail:

Personne accidentée

Nom / prénom:

Date de naissance:

Rue / localité comme le preneur d'assurance

autres

Liens avec le preneur d'assurance

Circonstances de l'accident

Date de l'accident / heure:

Lieu:

Description précise et complète des circonstances de l'accident:

L'accident est-il imputable à une personne?

oui non

Nom / prénom:

Téléphone privé:

Rue / localité:

Date de naissance (âge):

Nom de l'assurance responsabilité civile:

No de police:

Questions supplémentaires pour les accidents de la circulation:

Genre de véhicule (p. ex. vélo, cyclomoteur, auto, moto, etc.), marque?

No de plaque d'immatriculation:

Détenteur (propriétaire) du véhicule? Nom, adresse, numéro de téléphone:

Conducteur du véhicule? Nom, adresse, numéro de téléphone:

Assurance responsabilité civile (si connue?), nom de l'assurance:

Véhicule que vous avez utilisé	Véhicule de la partie adverse

oui non

Si oui, veuillez envoyer une copie du constat!

Un constat européen d'accident a-t-il été rempli?

Circonstances de l'accident (suite)

Questions supplémentaires en cas d'accidents impliquant des animaux:

En cas d'accidents d'équitation (détenteur du chien), nom, adresse, numéro de téléphone:

En cas d'accidents d'équitation (détenteur du cheval), nom, adresse, numéro de téléphone:

Combien de fois le preneur d'assurance a-t-il suivi des cours? fois

Blessures

Genre de blessure: Partie du corps blessée: gauche droite

Y a-t-il une incapacité de travail? oui non

Si oui, depuis quand et combien de temps?

Traitement

Premiers soins par (médecin / clinique)

Nom / prénom:

Téléphone prof.:

Rue / localité:

Hospitalisation? oui non

Si oui, quand?

Suite du traitement par (médecin / clinique)

Nom / prénom:

Téléphone prof.:

Rue / localité:

Hospitalisation? oui non

Si oui, quand?

Police / témoins

La police s'était-elle rendue sur le lieu de l'accident?

oui non

Un rapport de police a-t-il été dressé? oui non

Si oui, veuillez envoyer une copie du rapport!

Par qui le rapport de police a-t-il été dressé (poste de police compétent)?

Y a-t-il des témoins de l'accident? oui non

Nom / prénom:

Téléphone privé:

Rue / localité:

Téléphone prof.:

Données professionnelles

Le jour de l'accident, étiez-vous au bénéfice d'un contrat de travail? oui non **Si oui, combien d'heures par semaine?**

heures.

Assurance LAA (le jour de l'accident):

Activité professionnelle:

No de police:

Employeur (le jour de l'accident) et adresse:

Touchez-vous une allocation de chômage?

oui non **Si oui, depuis quand?**

Auprès de quelle instance:

L'accident s'est-il produit sur le chemin pour vous rendre au travail, pour rentrer du travail, sur le lieu de travail?

oui non

Etes-vous couvert par ailleurs pour les frais de guérison?

oui non **Si oui, quel genre?**

Société:

No de police:

S'agit-il d'un accident professionnel? oui non

Assuré SUVA / LAA (le jour de l'accident)? oui non

Remarques

Procuration

La personne accidentée ou son représentant légal autorise ÖKK à consulter les dossiers médicaux, officiels et LAA, ainsi que ceux d'autres assureurs sociaux (AVS, AI, assurance militaire, etc.). De plus, la personne accidentée ou son représentant légal atteste l'exactitude des indications faites. La personne soussignée prend note que des indications inexactes ou manquantes peuvent entraîner un refus ou une réduction des prestations, une demande en restitution ou un refus ultérieur. En outre, la personne accidentée donne son accord à ce que ÖKK puisse transmettre les données nécessaires au traitement du sinistre à des tiers impliqués dans le règlement du sinistre.

Lieu / date:

Signature de la personne accidentée:

Lieu / date:

Signature du preneur d'assurance: