

Déclaration d'accident

N° d'assuré: _____

Veuillez remplir intégralement cette déclaration d'accident pour que nous puissions traiter votre cas rapidement et éviter les demandes de précision inutiles.

Personne accidentée

Prénom: _____ Nom: _____

Adresse: _____ NPA, localité: _____

Téléphone privé/mobile: _____ Téléphone professionnel: _____

E-mail: _____

Date de naissance: _____

Circonstances de l'accident

Date de l'accident: _____ Heure de l'accident: _____

Lieu: _____

Description précise et complète des circonstances de l'accident: _____

L'accident est-il imputable à une personne? oui non

Prénom: _____ Nom: _____

Adresse: _____ NPA, localité: _____

Téléphone privé/mobile: _____ Téléphone professionnel: _____

E-mail: _____

Date de naissance: _____

Assurance responsabilité civile: _____

Police n°: _____

Blessures

Genre de blessure:

Partie du corps atteinte: gauche droite

Etes-vous en incapacité de travail? oui non

Si oui, depuis combien de temps?

Traitement

Clinique/médecin ayant effectué les premiers soins

Prénom: Nom:

Adresse: NPA, localité:

Téléphone:

Hospitalisation? oui non

Si oui, depuis quand? Si oui, où?

Etes-vous donateur/rice de la Rega? oui non

Questions supplémentaires en cas d'accident de la circulation

Véhicule utilisé par vous-même

Véhicule antagoniste

Vélo, cyclomoteur, voiture, marque:

N° de plaque d'immatriculation:

Adresse:

Téléphone:

Nom de l'assurance responsabilité civile:

Un constat européen d'accident a-t-il été rempli? oui non Si oui, veuillez envoyer une copie du constat.

Informations supplémentaires en cas d'accidents impliquant des animaux

En cas de morsures d'animaux: nom, adresse, numéro de téléphone du détenteur

La police s'est-elle rendue sur le lieu de l'accident? oui non

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

Qui a établi le rapport de police (poste de police compétent)?

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

Prénom: Nom:

Adresse: NPA, localité:

Téléphone privé/mobile: Téléphone professionnel:

E-mail:

Informations professionnelles

Existait-il un rapport de travail au moment de l'accident? oui non

Si oui, combien d'heures de travail par semaine? heures

Employeur (au moment de l'accident) et adresse:

Activité professionnelle:

Assurance-accidents (au moment de l'accident): Police n°:

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

Etiez-vous assuré auprès de la SUVA/contre les accidents (au moment de l'accident)? oui non

Si non, veuillez indiquer l'assurance-accidents:

Percevez-vous une allocation de chômage? oui non

Si oui, depuis quand?

Caisse de chômage compétente:

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

Société: Police n°:

Remarques:

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 fournies. 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 consent 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 assurée / du représentant légal: