

# Déclaration d'accident

## Assurance de base (LAMal) et assurances complémentaires (LCA)

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Les réponses aux questions doivent être complètes et le formulaire doit être renvoyé immédiatement dûment signé à l'adresse indiquée à la fin du document. La Serviceline de la CSS 0844 277 277 répond volontiers à vos questions. Merci beaucoup.

N° de personne



### 1 Renseignements généraux

#### 1.1 Personne assurée

Prénom	Nom	Date de naissance
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 1.2 Contact

Téléphone privé	Portable	Téléphone professionnel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A quelle heure est-il possible de vous joindre?	Où?	E-mail
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Portable <input type="checkbox"/> Professionnel	<input type="text"/>

Personne de contact en cas de questions

#### 1.3 Employeur au moment de l'accident

Nom de l'employeur

Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### 1.4 Horaire de travail de la personne assurée

Nombre d'heures par semaine

#### 1.5 Si vous êtes au chômage, chez qui avez-vous travaillé pour la dernière fois?

Nom de l'employeur

Rue, n°	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Date	Avez-vous reçu depuis une indemnité journalière de l'assurance-chômage?
du <input type="text"/> au <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, du <input type="text"/> au <input type="text"/>



### 3 Blessures

#### 3.1 Genre de blessures

Dénomination précise, parties du corps concernées


#### 3.2 Début du traitement

Date

--

#### 3.3 Premier médecin traitant/dentiste/hôpital

Prénom

Nom

Téléphone

--	--	--

Hôpital

--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

#### 3.4 Poursuite du traitement par

Prénom

Nom

Téléphone

--	--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

#### 3.5 Subissez-vous une incapacité de travail?

Non  Oui,  % dès le ,  % dès le

### 4 Autres assurances

#### 4.1 Assurance-accidents obligatoire de l'employeur au moment de l'accident Oui Non

Si oui, quelle compagnie d'assurance?

Nom de la compagnie d'assurance

N° d'accident/de sinistre

--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

#### 4.2 Assurance-accidents privée/autres assurances/livrets d'assurance Oui Non

Si oui, quelle compagnie d'assurance?

Nom de la compagnie d'assurance

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

#### 4.3 Touchez-vous une rente de l'AI, la SUVA, la LAA, l'AM ou de l'assurance privée? Oui Non

Si oui, de quelle compagnie d'assurance?

Nom de la compagnie d'assurance

--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

Depuis quand

Invalidité

Non  Oui,  %

## 5 Questions complémentaires en cas d'accident de la circulation

### 5.1 Type de véhicule (p. ex. bicyclette/cyclomoteur/voiture)

Véhicule utilisé par vous-même

Véhicule du tiers

--	--

### 5.2 Détenteur (propriétaire) du véhicule utilisé par vous-même

Prénom

Nom

Téléphone

--	--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

### 5.3 Détenteur (propriétaire) du véhicule du tiers

Prénom

Nom

Téléphone

--	--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

### 5.4 Conducteur du véhicule utilisé par vous-même

Prénom

Nom

Téléphone

--	--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

### 5.5 Conducteur du véhicule du tiers

Prénom

Nom

Téléphone

--	--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

### 5.6 Assurance responsabilité civile du conducteur du véhicule utilisé par vous-même

Nom de la compagnie d'assurance

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

### 5.7 Assurance responsabilité civile du conducteur du véhicule du tiers

Nom de la compagnie d'assurance

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

### 5.8 Assurance occupants du conducteur du véhicule utilisé par vous-même

Nom de la compagnie d'assurance

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

### 5.9 Assurance occupants du conducteur du véhicule du tiers

Nom de la compagnie d'assurance

N° de police (veuillez joindre une copie de la police)

--	--

Rue, n°

NPA, lieu

--	--

# Remarques

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de manière complète et conforme à la vérité.

La personne soussignée cède à la CSS Assurance ses droits contre le tiers responsable éventuel pour l'ensemble des prestations relatives à l'accident ci-dessus et prend connaissance du fait que la CSS Assurance est autorisée à faire valoir ses droits vis-à-vis du tiers.

Par la signature de ce formulaire, la CSS Assurance est autorisée, en tout temps, à communiquer à des médecins ou autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés et aux autorités ou à leurs médecins de sociétés ou médecins-conseils, des renseignements, dans le respect des dispositions légales sur la protection des données, ou bien à recueillir auprès de ceux-ci les renseignements nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance. Les instances impliquées sont, dans ces cas-là, déliées de leur obligation de garder le secret et de leur secret professionnel vis-à-vis de la CSS Assurance.

La personne soussignée a le droit de demander des renseignements au sujet du traitement des données qui la concernent. L'autorisation de traiter les données peut être révoquée en tout temps.

Entité juridique pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA, Arcosana SA ou Auxilia Assurance-maladie SA\*, entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA

\*Votre entité juridique pour l'assurance de base (LAMal) est indiquée sur votre police d'assurance.

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal