

# Déclaration d'accident



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
www.aquilana.ch

Prière de répondre précisément à toutes les questions et de nous retourner ce formulaire sans délai avec votre signature.

## Données personnelles

Nom	_____	Prénom	_____
Date de naissance	_____	N° d'assuré/e	_____
Rue, n°	_____	NPA, localité	_____
Tél. privé	_____	Tél. prof.	_____
Courriel	_____		

## Situation professionnelle

Actif/active?	<input type="checkbox"/> oui	non	employé/e	indépendant/e
	<input type="checkbox"/> étudiant/e	rentier/ère	enfant	ménager/ère

Nom et adresse de l'employeur  
au moment de l'accident \_\_\_\_\_

Votre temps de travail hebdomadaire est de \_\_\_\_\_ plus de 8 heures \_\_\_\_\_ 8 heures ou moins

Etes-vous au chômage? \_\_\_\_\_ oui \_\_\_\_\_ non

Si oui, touchez-vous des allocations de chômage? \_\_\_\_\_ oui, depuis \_\_\_\_\_ non

## Informations relatives à l'accident

Date de l'accident \_\_\_\_\_ jour \_\_\_\_\_ mois \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_ heure

L'accident s'est produit	sur le chemin du travail	durant les loisirs	autre raison
	sur le lieu de travail	pendant le service militaire	

Lieu de l'accident (désignation précise) \_\_\_\_\_

Déroulement de l'accident (description précise du déroulement de l'accident)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Implication de tiers

### L'accident a-t-il été causé par une tierce personne?

(Pour les accidents de la circulation, voir la question «Accidents avec véhicules à moteur») \_\_\_\_\_ oui \_\_\_\_\_ non

### Si oui

Nom et prénom de la tierce personne \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance RC de la tierce personne, de l'agence responsable et n° de police ou de sinistre \_\_\_\_\_

## Rapport de police

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

Si oui, par quel poste de police? \_\_\_\_\_

## Témoins

Y a-t-il des témoins? \_\_\_\_\_ oui \_\_\_\_\_ non

Si oui,

Nom et adresse du/des témoin/s \_\_\_\_\_

# Déclaration d'accident



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, Postfach, 5401 Baden  
Tel. +41 56 203 44 44, Fax +41 56 203 44 99  
www.aquilana.ch

## Blessures

De quel type de blessures  
souffrez-vous? \_\_\_\_\_

Quelle/s partie/s du corps est-elle/  
sont-elles touchée/s? \_\_\_\_\_

droite  
gauche

## Incapacité de travail

L'accident a-t-il entraîné une  
incapacité de travail? \_\_\_\_\_

oui

non

Si oui

complète

partielle

depuis quand? \_\_\_\_\_

(Si vous avez une assurance indemnités journalières auprès d'Aquilana, prière de joindre l'attestation d'incapacité de travail du médecin)

## Traitement

Date du premier traitement \_\_\_\_\_

Nom et adresse du médecin traitant ou de  
l'hôpital \_\_\_\_\_

## Autres assurances

Avez-vous encore d'autres assurances-accidents? \_\_\_\_\_

oui

non

Si oui, auprès de qui? \_\_\_\_\_

employeur (assurance LAA)

autre (indiquer le nom de la compagnie d'assurance ou le n° de police)  
\_\_\_\_\_

## Accidents avec véhicules à moteur

	Véhicule utilisé par vos soins	Véhicule tiers
Type de véhicule (p. ex. vélo, vélomoteur, voiture) et marque, modèle	_____	_____

Nom et adresse du conducteur	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

N° de plaque \_\_\_\_\_

Assurance RC	Nom _____	_____
	Agence _____	_____
	N° de sinistre _____	_____

Assurance-occupants

oui

oui

non

non

Le/la soussigné/e confirme l'exactitude des données ci-dessus et autorise Aquilana Versicherungen à requérir les informations nécessaires à l'évaluation de l'obligation de fournir des prestations d'assurance auprès du personnel médical, des institutions médicales, des services officiels et d'autres institutions d'assurance ou assureurs et libère expressément ces instances de leur secret professionnel ou de leur devoir de garder le secret face à Aquilana Versicherungen.

\_\_\_\_\_  
Lieu, date

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne assurée ou de son représentant légal