

Déclaration d'accident



Gesundheit für Generationen

Bruggerstrasse 46, CH-5401 Baden
+41 56 203 44 11, leistung@aquilana.ch
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?	☐ oui	non	employé/e	indépendant/e
	☐ 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

Êtes-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, CH-5401 Baden
+41 56 203 44 11, leistungen@aquilana.ch
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 non	oui 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 confidentialité à l'égard d'Aquilana Versicherungen.

Lieu, date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal