

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? 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

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?

Temoins

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
 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 garder le secret face à Aquilana Versicherungen.

Lieu, date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal