

DÉCLARATION D'ACCIDENT

GALENOS Assurance maladie et accidents, Militärstr. 36, 8021 Zürich

NOM/PRENOM

DATE DE NAISSANCE

NPA/DOMCILE

NO D'ASS.

NUMERO DE TELEPHONE POUR TOUTES PRECISIONS PRIVE: PROF.:

1. LIEU / Où l'accident a-t-il eu lieu ?

.....
.....

2. DATE / Quand l'accident s'est-t-il produit ?

Jour Mois Année Heure

3. DEROULEMENT DE L'ACCIDENT / Comment l'accident s'est-il passé ? Description détaillée, si nécessaire sur une feuille à part.

.....
.....
.....

4. BLESSURES / Quelles blessures ont été provoquées par l'accident et quelles parties du corps sont concernées ?

.....
.....

5. TIERCE PERSONNE / Y avait-il un tiers impliqué dans l'accident ?

OUI NON

Si oui, indiquer le nom, le prénom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne concernée.

.....
.....

Assurance responsabilité civile de la tierce personne / Indiquer le nom, l'adresse, numéro de téléphone et le numéro de la police.

.....
.....

6. TRAITEMENT / Où les blessures ont-elles été traitées (nom du médecin, hôpital, clinique, pharmacie, thérapeute) ?

.....
.....

Date du début du traitement :

Le traitement est-il terminé ? OUI NON

Incapacité de travail ? OUI NON partielle entière %

Depuis quand ? (date) :

7. STATUT PROFESSIONNEL / Statut de la personne accidentée lors de l'accident

Petit enfant Apprenti/e Etudiant/e Employé/e de maison
 Employé/e Ecolier/ière Chômage avec indemnités journalières Chômage avec indemnités
 Retraitée (AVS/AI) Prof. indépendante Autre (description exacte, svp) épuisées

.....

8. EMPLOI A TEMPS PARTIEL / La personne accidentée avait-elle, **lors de l'accident**, un emploi à temps partiel ?

OUI NON

Si oui : 8 heures par semaine ou plus moins de 8 heures par semaine

Nom et adresse de l'employeur ?

.....
.....

9. ASSURANCE / Est-ce que la personne accidentée est assurée ailleurs contre les accidents ?

OUI NON
 CNA Assurance accidents auprès de l'employeur Autre assurance accidents

Quelles sont les prestations assurées ? (cocher s.v.p.)

Frais médicaux Indemnités journalières Frais médicaux et indemnités journalières

Nom, adresse et numéro de police de l'assurance :

.....
.....

10. ACCIDENT DE LA CIRCULATION / Avez-vous conclu une assurance passagers ?

OUI NON

Si oui, veuillez joindre une copie de la police d'assurance.

Nom, adresse, numéro de téléphone et de police de l'assurance passagers :

.....
.....

11. RAPPORT DE POLICE / Est-ce qu'un rapport de police a été établi ?

OUI NON

Nom et adresse du poste de police:

.....
.....

12. TRANSPORTS DE SAUVETAGE / Etes-vous membre-donateur d'une organisation de sauvetage (p.ex. REGA, Air-Glacier)?

OUI NON Si oui, laquelle?.....

Le/la soussigné/e confirme avoir répondu de manière véridique à toutes les questions posées ci-dessus. Il/elle autorise la GALENOS à prendre en tout temps les renseignements nécessaires auprès de médecins, d'autres prestataires, d'autres assureurs ainsi qu'auprès d'organes officiels et autorise ces tiers de les fournir à la GALENOS.

Lieu et date

**Signature de l'assuré/e
ou de son représentant légal**

.....

.....