

# 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-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. Si vous avez mordu un **objet**, merci d'indiquer duquel il s'agit.

.....  
.....

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.

.....  
.....

6. CONSOMMATION D'ALIMENT! AVEZ-VOUS MORDU UN OBJET QUI NE FAISAIT PAS PARTIE DE CE PRODUIT ?

OUI  NON

1. Indiquer le nom, l'adresse et l'assurance responsabilité civile de l'endroit auprès de qui vous avez acheté le produit.

.....

2. Date de déclaration (Au cas où vous ne l'auriez pas encore annoncé, nous vous prions de le faire encore)

.....

3. Conserver absolument l'objet que vous avez mordu et nous l'envoyer. Si vous n'êtes plus en possession du corpus delicti, merci de l'indiquer.

J'ai déposé l'objet au lieu et à l'endroit où j'ai acheté le produit

Je ne suis plus en possession de l'objet

Autres :

.....

**7. 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) :** .....

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

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Enfant             | <input type="checkbox"/> Apprenti/e         | <input type="checkbox"/> Etudiant/e                           | <input type="checkbox"/> Employé/e de maison              |
| <input type="checkbox"/> Employé/e          | <input type="checkbox"/> Ecolier/ière       | <input type="checkbox"/> Chômage avec indemnités journalières | <input type="checkbox"/> Chômage avec indemnités épuisées |
| <input type="checkbox"/> Retraitée (AVS/AI) | <input type="checkbox"/> Prof. indépendante | <input type="checkbox"/> Autre (description exacte, svp)      |   |

.....

**9. 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 ?**

.....

**10. 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 ?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frais médicaux                           | <input type="checkbox"/> Indemnités journalières | <input type="checkbox"/> Frais médicaux et indemnités journalières    |
| <input type="checkbox"/> Complément hospitalier, division commune |  | <input type="checkbox"/> Complément hospitalier, division semi-privée |
| <input type="checkbox"/> Complément hospitalier, division privée  |  |   |

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

.....  
.....

**11. 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 :**

.....  
.....

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

OUI       NON

**Nom et adresse du poste de police:**

.....  
.....

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

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, autres prestataires, autres assureurs ainsi que tout organisme officiel compétent et autorise à ces tiers de les fournir à la GALENOS.**

**Lieu et date**

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

.....

.....

## Notice / Informations générales

Chers membres,

Afin de vous être utile lors du déroulement de votre traitement dentaire, nous aimerions attirer votre attention sur les points suivants :

### 1. Annonce auprès du médecin dentiste

Alors qu'il s'agit dans ce cas précis d'une visite inhabituelle, nous vous prions de bien vouloir **transmettre à votre médecin dentiste notre adresse et votre numéro d'assuré**. Merci de lui indiquer sans retard qu'il s'agit d'un traitement suite à un accident.

Le médecin dentiste doit remplir le **formulaire officiel de la SSO** et nous retourner ce dernier avec les **radiographies**. La Galenos ne dispose d'aucun formulaire spécifique pour le médecin dentiste.

### 2. Accident causé par un corps étranger

Si vous avez mordu un objet se trouvant dans un produit alimentaire (par ex. caillou dans du pain blanc), vous devez impérativement **conserver cet objet, vous annoncer sans retard à l'endroit du produit acheté et présenter l'objet. En aucun cas, vous ne devez le jeter.**

### 3. Factures

Les factures sont expédiées, **par le médecin dentiste, directement à notre attention** (elles contiennent la valeur du point fixée qui est prescrite par la loi sur l'assurance-maladie). Dans le cas où vous recevriez néanmoins une facture, nous vous saurions gré de la **réexpédier, non payée, au médecin dentiste avec une mention indiquant qu'il doit l'adresser directement à la caisse-maladie.**

### 4. Généralités

Les frais sont pris en charge sans devis par la caisse-maladie lorsqu'il s'agit d'un accident mais **uniquement pour les mesures d'urgence.**

Pour le traitement définitif, nous devons d'abord être en possession de tous les documents de votre part et de la part du médecin dentiste. Dans le cas contraire, et si vous avez déjà commencé ou conclu un traitement définitif sans demande de garantie des coûts, vous courez le danger que la caisse-maladie ne prenne pas en charge lesdits coûts.

Dès que nous serons en possession de tous les documents utiles, nous vous informerons par écrit de notre décision.

Nous vous remercions d'avance de votre coopération.