Déclaration d'accident

EGK
Sainement assuré

Nom ..... Prénom ..... Date de naissance .....

Rue ..... No ..... NPA ..... Lieu ..... No d'assuré-e .....

Quel est le meilleur moyen de vous joindre pour toute demande de précisions?

Téléphone ..... **E-mail** .....

Engagement

1 a) Auprès de quel employeur étiez-vous engagé-e au moment de l'accident? (Pour les indépendants-es: adresse et forme juridique de l'entreprise)

b) Nombre d'heures par semaine? ☐ 8 heures et plus ☐ Moins de 8 heures

2 a) Si vous n'étiez pas employé-e: quelle en est la raison?
☐ Indépendant-e ☐ Femme/homme au foyer ☐ Rentier-ère AI
☐ Sans emploi ☐ Rentier-ère ☐ Autre: .....

b) Dernier employeur avant l'accident?

Engagé-e auprès de cet employeur du ..... au .....

3 Recevez-vous ou avez-vous reçu des prestations de l'assurance-chômage? ☐ Oui ☐ Non du ..... au .....

Détails de l'accident

4 Quand l'accident a-t-il eu lieu? Date ..... Heure ..... Lieu .....

5 L'accident s'est-il produit sur le chemin du lieu de travail? (aller ou retour) ☐ Oui ☐ Non
L'accident s'est-il produit pendant le travail? ☐ Oui ☐ Non

6 Description précise du déroulement de l'accident (lieu, conditions météorologiques, personnes impliquées, véhicules, machines, animaux)

7 Témoins oculaires et adresses

Traitement

8 Premiers soins par le médecin / l'hôpital (adresse)

Date .....

9 Qui effectue la suite du traitement? (adresse)

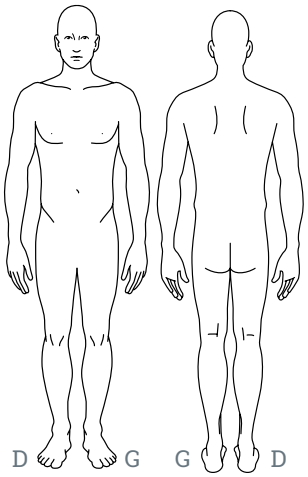
Date .....

10 Genre de blessures?

☐ Entorse ☐ Déchirure des ligaments
☐ Fracture ☐ Ménisque
☐ Hématome ☐ Coupure
☐ Contusion ☐ Coup du lapin
☐ Claquage ☐ Lésion dentaire
☐ Aucune indication ne s'applique

(description précise, partie du corps, dents, etc.)

Indiquez la partie du corps blessée



Veuillez voir le verso

Personne impliquée

11 a) Une tierce personne est-elle responsable de l'accident? ☐ Non ☐ Oui, nom / prénom et adresse

b) La personne impliquée a-t-elle une assurance responsabilité civile? (pour les accidents de circulation, voir les questions complémentaires au point 15) ☐ Non ☐ Oui, nom et adresse de l'assurance responsabilité civile

No de police/de sinistre

12 Un rapport de police a-t-il été établi? ☐ Non ☐ Oui, par quel poste (nom et adresse)

Détails de l'assurance

13 Etes-vous couvert(e) contre les accidents par votre employeur? ☐ Non ☐ Oui, nom et adresse de l'assurance

No de police/de sinistre

14 Existe-t-il une autre assurance pour cet accident? ☐ Non ☐ Oui, nom et adresse de l'assurance

Accident déjà annoncé? ☐ Oui ☐ Non

No de police/de sinistre

Genre d'assurance

Accidents de la circulation

15 **Véhicule utilisé par vous**

☐ Cyclomoteur/cycle ☐ Voiture de tourisme ☐ Moto

Détenteur

Conducteur

Plaque d'immatriculation

Assurance responsabilité civile

Assurance occupants

Véhicule de tiers

☐ Cyclomoteur/cycle ☐ Voiture de tourisme ☐ Moto

Détenteur

Conducteur

Plaque d'immatriculation

Assurance responsabilité civile

16 **Autorisation / signature**

Le (la) soussigné(e) certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus. Il (elle) autorise EGK à prendre connaissance de tous les documents inhérents à cet accident (par ex. dossiers médicaux, documents d'autres assurances); il (elle) cède à EGK ses éventuels droits relevant de la responsabilité civile dans l'accident susmentionné jusqu'à concurrence des prestations accordées par EGK et prend connaissance du fait que cette dernière peut faire valoir ses droits envers des tiers, resp. son assurance responsabilité civile.

Lieu et date

Signature de la personne assurée / de son représentant légal

EGK-Caisse de Santé comprend la fondation EGK-Caisse de Santé et les sociétés anonymes qui lui sont affiliées: EGK Assurances de Base SA (l'assureur dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins selon la LAMal), EGK Assurances Privées SA (l'assureur dans le cadre des assurances complémentaires selon la LCA) et EGK Services SA.

EGK-Caisse de Santé
Birspark 1, 4242 Laufon
Téléphone 061 765 51 11
info@egk.ch, www.egk.ch