

Déclaration d'accident dès 16 ans

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)
L'accident s'est-il produit pendant le travail?

Oui Non
 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)

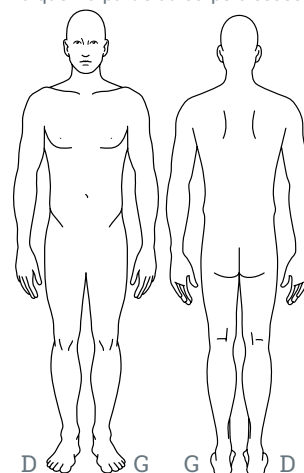
Date

10 Genre de blessures?

- Entorse Déchirure des ligaments
 Fracture Ménisque
 Hématome Coupure
 Contusion Coup du lapin
 Claquage Lésion dentaire

(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? Accident déjà annoncé? Oui Non Non Oui, nom et adresse de l'assurance

No de police/de sinistre
Genre d'assurance

Accidents de la circulation

15 Véhicule utilisé par vous	Véhicule de tiers
<input type="checkbox"/> Cyclomoteur/cycle <input type="checkbox"/> Voiture de tourisme <input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Cyclomoteur/cycle <input type="checkbox"/> Voiture de tourisme <input type="checkbox"/> Moto
Détenteur <input type="text"/>	Détenteur <input type="text"/>
Conducteur <input type="text"/>	Conducteur <input type="text"/>
Plaque d'immatriculation <input type="text"/>	Plaque d'immatriculation <input type="text"/>
Assurance responsabilité civile <input type="text"/>	Assurance responsabilité civile <input type="text"/>
Assurance occupants <input type="text"/>	

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