

Déclaration d'accident pour enfants jusqu'à 15 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

Détails de l'accident

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

2 L'accident s'est-il produit dans une entreprise? Non Oui, nom et adresse de l'entreprise

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

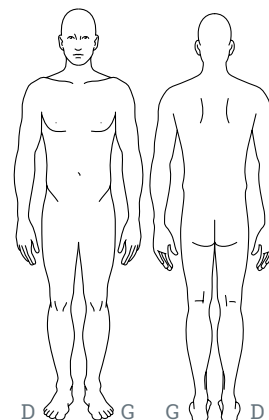
Traitement

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

5 Qui effectue la suite du traitement? (adresse)
 Date

- 6 Genre de blessures?
- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Entorse | <input type="checkbox"/> Déchirure des ligaments |
| <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> Ménisque |
| <input type="checkbox"/> Hématome | <input type="checkbox"/> Coupure |
| <input type="checkbox"/> Contusion | <input type="checkbox"/> Coup du lapin |
| <input type="checkbox"/> Claquage | <input type="checkbox"/> Lésion dentaire |

Indiquez la partie du corps blessée



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

Personne impliquée

7 a) Une tierce personne est-elle responsable de l'accident? Non

Oui, nom/prénom et adresse

7 b) La personne impliquée a-t-elle une assurance civile? (par ex. responsabilité civile privée, responsabilité civile véhicules à moteur, etc.) Non

Oui, nom et adresse de l'assurance responsabilité

No de police / de sinistre

8 Un rapport de police a-t-il été établi? Non

Oui, par quel poste (nom et adresse)

Détails de l'assurance

9 Existe-t-il une autre assurance pour cet accident? Non
Accident déjà annoncé? Oui Non

Oui, nom et adresse de l'assurance

No de police / de sinistre

Genre d'assurance

10 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
