

Déclaration d'accident

Assurance obligatoire des soins (LAMal) et assurances complémentaires (LCA)



Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Vous pouvez aussi remplir ce document sur notre site Internet www.css.ch (terme de recherche: «Déclaration de sinistre»). Veuillez nous envoyer le formulaire le plus rapidement possible à l'adresse mentionnée à la dernière page de ce formulaire. Sans vos indications, nous serons malheureusement dans l'impossibilité de vérifier votre droit à des prestations. Si aucun accident ne s'est produit, veuillez nous retourner malgré tout le formulaire en faisant une mention correspondante dans le champ «Remarques» qui se trouve à la fin du formulaire. Pour les enfants de moins de 15 ans, vous n'avez pas besoin de répondre aux questions 1.2, 1.3, 1.5 et 3.6.

Si vous avez des questions, notre Contact Center y répondra volontiers au 0844 277 277. Merci.

Numéro de client

1 Informations générales

1.1	Prénom	Nom	Date de naissance	Rue, n° de bâtiment
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NPA/Lieu	E-mail	Téléphone	Heures des joignabilité
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Qui était votre employeur au moment de l'accident?

Nom employeur	Rue, n° de bâtiment	NPA/Lieu	Nombre d'heures par semaine
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.3 Connaissez-vous l'assurance-accidents de votre employeur?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom de l'assurance	Numéro de sinistre
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.4 Si vous n'aviez pas d'emploi: quelle en était la raison ?

<input type="checkbox"/> Indépendant(e)*	<input type="checkbox"/> Femme/homme au foyer*	<input type="checkbox"/> Rentier/ière*	<input type="checkbox"/> Sans activité lucrative*	<input type="checkbox"/> Enfant
*Votre dernier emploi salarié?		Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Je n'ai jamais été salarié(e)
Nom employeur	Rue, n° de bâtiment	NPA/Lieu		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

1.5 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités de l'assurance-chômage?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Du <input type="text"/>	au <input type="text"/>
---	-------------------------	-------------------------

2 Déroulement de l'accident

2.1 Quand, où et comment l'accident s'est-il produit?

Date	Heure		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Lieu de l'accident	Pays		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
L'accident est survenu	<input type="checkbox"/> Au travail	<input type="checkbox"/> Sur le chemin du travail	<input type="checkbox"/> Pendant les loisirs
Veuillez décrire le déroulement de l'accident (activité, conditions météorologiques, personnes impliquées, véhicules, animaux, machines etc.)			
<input type="text"/>			

2.2 Un rapport de police a-t-il été établi?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Par quel poste administratif?
	<input type="text"/>

2.3 Un tiers était-il impliqué dans l'accident?

Oui Non

Prénom/Nom

Téléphone

Rue, n° de bâtiment

NPA/Lieu

Nom de l'assurance responsabilité civile du tiers impliqué

Numéro de police/Numéro de sinistre

Assurance responsabilité civile du tiers impliqué inconnue

Le tiers n'a pas d'assurance responsabilité civile

2.4 Ce tiers était-il fautif?

Oui Non

2.5 Ya-t-il des témoins de l'accident?

Oui Non

Prénom/Nom

Téléphone

Rue, n° de bâtiment

NPA/Lieu

3 Blessures

3.1 De quelle blessure avez-vous souffert?

Genre de blessure

Partie du corps

Droite Gauche

3.2 Les troubles se sont-ils manifestés immédiatement après l'évènement?

Oui Non

3.3 La douleur ou la blessure a-t-elle été déclenchée par un mouvement incontrôlé ou brusque?

Oui Non

Remarques

3.4 Qui vous a soigné(e) en premier (médecin/hôpital/dentiste)?

Nom

NPA/Lieu

3.5 Quelqu'un d'autre a-t-il pris le relais pour la suite du traitement?

Oui Non

Nom

NPA/Lieu

3.6 Etes-vous ou avez-vous été atteint(e) d'une incapacité de travail à la suite de la blessure?

Oui Non

Degré de l'incapacité de travail %

du au

4 Autres assurances

4.1 Avez-vous souscrit à d'autres assurances contre les accidents?

Oui Non

Assurance complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire

Livret ETI du TCS

Nom de l'agence

Numéro de police

Nom de l'assurance

Si oui, prière de joindre une copie de votre police.

5 Véhicules impliqués

5.1 Quels véhicules ont été impliqués dans l'accident?

Votre véhicule	<input type="checkbox"/> Vélo	<input type="checkbox"/> Vélomoteur	<input type="checkbox"/> Voiture privée	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="text"/>
Véhicule du tiers	<input type="checkbox"/> Vélo	<input type="checkbox"/> Vélomoteur	<input type="checkbox"/> Voiture privée	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="text"/>

5.2 A qui le véhicule appartient-il (détenteur / propriétaire)?

Votre véhicule	Prénom/Nom <input type="text"/>	NPA/Lieu <input type="text"/>	Numéro de plaque/Marque <input type="text"/>
Véhicule du tiers	Prénom/Nom <input type="text"/>	NPA/Lieu <input type="text"/>	Numéro de plaque/Marque <input type="text"/>

5.3 Qui conduisait le véhicule au moment de l'accident (conducteur/trice)?

Le détenteur/propriétaire était aussi le conducteur

Prénom/Nom <input type="text"/>	NPA/Lieu <input type="text"/>
------------------------------------	----------------------------------

5.4 Quelle est votre assurance responsabilité civile ou celle du tiers?

Votre véhicule	<input type="checkbox"/> Je ne la connais pas	Nom de l'assurance <input type="text"/>	Numéro de police <input type="text"/>
Véhicule du tiers	<input type="checkbox"/> Je ne la connais pas	Nom de l'assurance <input type="text"/>	Numéro de police <input type="text"/>

5.5 Quelle est votre assurance occupants ou celle du tiers?

Votre véhicule	<input type="checkbox"/> Je ne la connais pas	Nom de l'assurance <input type="text"/>	Numéro de police <input type="text"/>
Véhicule du tiers	<input type="checkbox"/> Je ne la connais pas	Nom de l'assurance <input type="text"/>	Numéro de police <input type="text"/>

6 Remarques

Veuillez confirmer votre déclaration en apposant votre signature. Merci de votre coopération.

Le/la soussigné(e) déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de manière complète et conforme à la vérité.

Le/la soussigné(e) cède à la CSS Assurance son droit à réparation du dommage fondé sur la responsabilité civile résultant de l'accident précité, jusqu'à concurrence des prestations qu'elle alloue, et prend acte que la CSS Assurance peut faire valoir ses droits envers des tiers. Par la signature de ce formulaire, le/la soussigné(e) autorise la CSS Assurance à communiquer à tout moment des renseignements à des médecins ou à d'autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés, ainsi qu'aux autorités ou à leurs médecins de sociétés ou médecins-conseils, dans le respect des dispositions légales sur la protection des données, ou à recueillir auprès de ceux-ci les renseignements nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance. Dans ces cas, les instances impliquées sont déliées de leur obligation de garder le secret et de leur secret professionnel vis-à-vis de la CSS Assurance. Le/la soussigné(e) a le droit de demander des renseignements sur le traitement des données le ou la concernant. L'autorisation de traiter les données peut être révoquée en tout temps.

*Entité juridique pour assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA, INTRAS Assurance-maladie SA, Arcosana SA ou Sanagate SA

*Entité juridique pour assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA ou INTRAS Assurance SA

*Pour connaître l'entité juridique pour votre assurance de base (LAMal) et vos assurances complémentaires (LCA), veuillez vous référer à votre police d'assurance.

Lieu <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	Signature de la personne assurée ou de son représentant légal <input type="text"/>
------------------------------	------------------------------	---