

Assurance en cas de décès ou d'invalidité par accident

Déclaration pour prestations en capital

Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par son représentant légal. Sur css.ch/adi, vous trouverez toutes les informations sur le produit ainsi que le formulaire nécessaire. Nous vous prions de compléter le formulaire et de nous le faire parvenir dans les meilleurs délais à l'adresse indiquée à la dernière page du formulaire en question. Sans vos informations, nous ne pouvons pas vérifier votre droit aux prestations. Nous vous remercions de votre coopération.

En cas de déclaration de décès, merci d'ignorer les points 3.1 et 3.2.

Pour les enfants de moins de 15 ans, il n'est pas nécessaire de répondre aux questions 3.1 et 3.2.

Avez-vous des questions? Notre Contact Center 0844 277 277 se fera un plaisir de vous répondre.

Numéro-client

Invalidité

Décès

1 Renseignements généraux

1.1 Données personnelles de la personne assurée

Prénom	Nom	Date de naissance	Rue, numéro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	E-mail	Téléphone	Joignable à
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Données de l'auteur de la déclaration

Prénom	Nom	Date de naissance	Rue, numéro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	E-mail	Téléphone	Joignable à
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Circonstances de l'accident

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

Date	Heure
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu	Pays
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Veillez décrire les circonstances de l'accident (activité, conditions météorologiques, personnes impliquées, véhicules, animaux, machines, etc.)

2.2 Est-ce qu'un rapport de police a été établi?

Oui Non

Si oui, par quel poste de police?

3 Assurances

3.1 Quel était votre employeur au moment de l'accident?

Nom de l'employeur	Rue, numéro
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	Nombre d'heures par semaine
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

 Oui Non

Si oui, nom de l'assurance?

Nom de l'assurance

Numéro de sinistre

4 Blessures

4.1 Quelle blessure avez-vous subie?

Type de blessure

Partie du corps

 Droite Gauche

4.2 Qui vous a traité(e) en premier (médecin/hôpital/dentiste)?

Nom

NPA/Localité

4.3 Avez-vous d'autres assurances contre les accidents?

 Oui Non

Si oui, nous vous prions de joindre une copie de votre police.

Nom de l'assurance

Nom de l'agence

Numéro de police

5 Remarques

Veillez confirmer les indications par votre signature. Merci de votre collaboration.

La personne soussignée déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de manière complète et conforme à la vérité.

La personne soussignée cède à la CSS son droit à réparation d'un 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 peut faire valoir ses droits envers des tiers.

Par la signature de ce formulaire, la personne soussignée autorise la CSS 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.

La personne soussignée 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.

Entités juridiques pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA ou Arcosana SA, entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

Envoyer à:
CSS Assurance SA
Centre de compétence Ass. spéciales
Case postale 2568
6002 Lucerne