

N° Police : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Déclaration d'accident

- Standard** : ignorez les points 5 et 6
- Circulation** : ignorez le point 6
- Dentaire** : ignorez le point 5

1. Informations générales

.....

.....

2. Statut de la personne ayant subi une lésion

Si salariée

Profession, nom et adresse de l'employeur

.....

.....

Nombre d'heures de travail par semaine au moment de l'accident ?

.....

Nom de l'assurance-accident de l'employeur (par exemple SUVA)

.....

L'accident lui a-t-il été annoncé ? Oui Non

.....

Si oui, veuillez indiquer le numéro de sinistre

.....

Si non salariée

Sans activité Femme/homme au foyer Retraité(e) Indépendant(e)

.....

Etudiant(e) Ecolier(ère)/enfant Au service militaire

.....

Au chômage Des indemnités de chômage étaient-elles perçues ? Oui Non

.....

Si oui de quand à quand ?

.....

3. Circonstances de l'accident

Date (JJ/MM/AAAA) : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Heure

Localité

.....

Description détaillée du déroulement de l'événement. Ecrivez au dos de cette feuille si besoin
(Par ex. : activité sportive, autre personne, véhicule, objet, événement particulier, conditions météorologiques particulières... etc.)

.....

.....

.....

A quel(s) numéro(s) de téléphone êtes-vous joignable en journée ?

.....

L'accident s'est-il produit dans le cadre de l'activité scolaire ou durant le trajet ? Oui Non

.....

L'accident s'est-il produit en allant ou en revenant du travail ? Oui Non

.....

N° Police :

Le / la soussigné(e) autorise Assura-Basis SA et Assura SA à traiter toutes les données nécessaires à la gestion du sinistre annoncé (y compris les dossiers médicaux). Au besoin, ces données pourront être transmises à des tiers, notamment à d'autres assureurs sociaux et privés.

Le / la soussigné(e) délègue expressément le personnel médical et leurs auxiliaires de leur obligation de garder le secret, et les autorise à communiquer à Assura-Basis SA et Assura SA, si celles-ci en font la demande, toutes les données nécessaires à la gestion du sinistre en question (y compris les documents et renseignements médicaux).

En outre, Assura-Basis SA et Assura SA sont autorisées à demander les renseignements nécessaires aux employeurs et aux assureurs sociaux et privés concernés (y compris les dossiers médicaux).

En cas de recours contre un tiers responsable, il/elle autorise également Assura-Basis SA et Assura SA à transmettre audit tiers responsable ou à son assurance responsabilité civile toutes les données requises pour faire valoir le recours (y compris les dossiers médicaux).

Assura

Assura-Basis SA pour l'assurance de base selon la LAMal
Assura SA pour les assurances complémentaires selon la LCA

Lieu et date

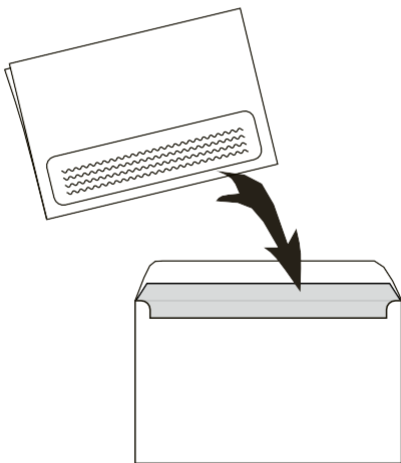
Signature

.....
.....
.....

Assura
Case postale 4
1052 Le Mont-sur-Lausanne

Page de garde pour l'envoi de documents

1. Glisser cette page de garde ainsi que le(s) document(s) demandé(s) dans l'enveloppe affranchie fournie.



2. Vérifier que les adresses apparaissent dans les fenêtres de l'enveloppe.

