

Déclaration d'accident



- Merci de remplir ce formulaire en tant que personne assurée ou représentant/e légal/e.
Ce n'est que de cette manière que nous pourrions vérifier les prestations que nous devons rembourser.
- Pour les enfants de moins de 15 ans, vous ne devez pas répondre aux questions 1.2, 1.3, 1.5 et 3.6.
- Merci de retourner le formulaire même si aucun accident n'est survenu. Notez-le dans le champ «Remarques».
- Avez-vous des questions? Notre Centre de Service-clientèle vous aide avec plaisir au 0844 277 277.
Merci beaucoup.



Vous pouvez également annoncer l'accident en ligne sur css.ch/accident

Numéro-client

1 Renseignements généraux

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

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

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

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

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

Oui Non

Prénom/Nom

Téléphone

Rue, n° de bâtiment

NPA/Localité

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 Y a-t-il des témoins de l'accident?

Oui Non

Prénom/Nom

Téléphone

Rue, n° de bâtiment

NPA/Localité

3 Blessures

3.1 De quelle blessure avez-vous souffert?

Type 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/Localité

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

Oui Non

Nom

NPA/Localité

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 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.

Important: il faut répondre aux questions suivantes uniquement en cas d'accident de la circulation.

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/Localité <input type="text"/>	Numéro de plaque/Marque <input type="text"/>
Véhicule du tiers	Prénom/Nom <input type="text"/>	NPA/Localité <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/Localité <input type="text"/>
------------------------------------	--------------------------------------

5.4 Quelle est votre assurance responsabilité civile et 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 et 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 les indications par votre signature. Nous vous remercions 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 la présente déclaration d'accident, 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, aux employeurs 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, au règlement du sinistre et à l'exercice d'un éventuel droit de recours. Par la présente, la personne soussignée délie ces personnes ou organismes de leur obligation légale de garder le secret et accepte que la CSS leur communique les données. Ces consentements et exemptions sont valables sans limitation dans le temps. Ils peuvent être révoqués à tout moment [par une déclaration sous forme écrite (p. ex. e-mail) à la CSS]. La révocation n'est effective que pour l'avenir et peut avoir pour conséquence que les prestations ne seront pas fournies. La CSS peut continuer de traiter des données personnelles même en cas de révocation, si ce traitement est autorisé par la loi ou sert des intérêts prépondérants.

Vous trouverez de plus amples informations concernant le traitement de vos données personnelles par la CSS sur notre site Internet css.ch/protection-donnees

Entité juridique pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA

Entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA

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

Adresse de l'assureur:

CSS, Tribschenstrasse 21, Case postale 2550, 6002 Lucerne