

Déclaration d'accident

Personne assurée: _____

Date de naissance: _____

Lieu de domicile: _____

Numéro de client: _____

Informations complémentaires de la personne blessée

Comment pouvons-nous vous (respectivement le représentant légal) vous joindre par téléphone ou par email pendant la journée pour un complément d'information?

Numéro de téléphone: _____

Adresse email: _____

Exerciez-vous une activité professionnelle au moment de l'accident ?

Non

Oui

Temps de travail (heures par semaine): _____

Nom de l'assurance accident: _____

Numéro de police: _____

indépendant(e)

salarié(e)

apprenti(e)

stagiaire

enfant/ecolier/ecolière

retraité(e)

Touchiez-vous des indemnités de chômage au moment de l'accident?

Non

Oui

Description de l'accident:

Date de l'accident:

Lieu de l'accident:

Description précise de la cause et du lieu de l'accident:

Quelles blessures avez-vous subies?

Est-ce qu'un tiers est responsable pour l'accident

Non

Oui

Nom/Adresse/Assurance responsabilité civile:

Témoins:

Si la responsabilité d'un tiers est engagée, nous nous retournerons contre celui-ci. Pour les coûts non couverts (y compris la quote-part et la franchise), vous pouvez vous adresser directement à celui-ci ou à son assurance responsabilité civile.

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

Non

Oui

Etes-vous assuré(e) contre les accidents auprès d'une autre compagnie d'assurance ?

- Non
 Oui

Nom de la compagnie:

Numéro de police:

Etes-vous donateur/donnatrice de la Rega?

- Non
 Oui

Lieu et date

Signature