

## 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