



Déclaration d'accident

1/1

Personne assurée

Veillez fournir tous les renseignements de manière complète

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>		
Rue et n°	<input type="text"/>	NPA/localité	<input type="text"/>
Numéro de client	<input type="text"/>	Numéro d'assurance sociale	<input type="text"/>

Informations complémentaires de la personne blessée

- Comment pouvons-nous vous (ou le représentant légal) joindre par téléphone ou par e-mail pendant la journée pour un complément d'information?
Numéro de téléphone Adresse e-mail
- Exerciez-vous une activité professionnelle au moment de l'accident? non oui
Si oui, combien d'heures par semaine?
Nom de l'assurance accident Numéro de police
 indépendant(e) salarié(e) apprenti(e) stagiaire enfant/écolier/écolière retraité(e)
- Touchiez-vous des indemnités de chômage au moment de l'accident? non oui

Description de l'accident

- Date 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
Si 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
Si oui, nom de la compagnie Numéro de police
- Etes-vous donateur/donatrice de la Rega? non oui

Confirmation

Par votre signature, vous confirmez que vos indications sont conformes à la vérité.

Lieu et date	<input type="text"/>	Signature (preneur d'assurance, représentant légal)	<input type="text"/>
--------------	----------------------	---	----------------------