

Avis d'accident

Nous vous prions de bien vouloir répondre à toutes les questions adéquates de manière précise et complète (pas de traits) et de nous renvoyer l'avis d'accident par retour du courrier! Ce formulaire doit être complété par l'assuré/l'assurée ou son/sa représentant/-e légal/-e.

Personne assurée

No de police	_____		
Nom	_____	Prénom	_____
Rue	_____	Complément adresse	_____
NPA	_____	Localité	_____
Etat civil	_____	Profession	_____
Téléphone	_____	Sexe	féminin masculin
Mobile	_____	Date de naissance	_____
E-Mail	_____		

Nom et adresse de l'employeur au moment de l'accident (également en cas de travail accessoire ou d'apprentissage à l'essai)

Horaire de travail	_____	Jours/ semaine	_____	Heures/ semaine	_____
En cas de chômage: Quand et auprès de qui avez-vous travaillé en dernier lieu?					

Avez-vous touché depuis lors des indemnités de l'assurance-chômage?					
	oui, du	_____	au	_____	non

Déroulement de l'accident

Date de l'accident	_____	Heure	_____	Localité	_____
Description précise du déroulement et de l'accident (lieux, conditions météorologiques, personnes impliquées, véhicules, machines, animaux)					

L'accident a-t-il eu lieu sur le chemin du lieu de travail/de l'école	Oui	Non
L'accident a-t-il été causé par une tierce personne? (En ce qui concerne les accidents de circulation, voir les questions complémentaires)	Oui	Non

Nom, adresse et no de tél. de celle-ci

Nom et adresse de l'assureur responsabilité civile de ladite personne (désignation précise et numéro de police)

Témoins (noms, adresses, no de tél.)

Un rapport de police a-t-il été établi?	Oui	Non
par quel poste?	_____	



Blessures

Genre de blessures (description précise, partie du corps, dents, etc.)

Début du traitement

Premier médecin/dentiste traitant (adresse)

Traitement poursuivi par

Etes-vous inapte au travail? Oui Non 100% dès le _____ % dès le _____

Autres assurances

Par laquelle des assurances ci-après mentionnées êtes-vous obligatoirement assuré/-e et/ou à titre complémentaire contre les accidents, et dans quelle mesure? Existe-t-il une couverture des frais de guérison (par ex. totale ou en complément à la caisse-maladie)? Etes-vous assuré/-e contre la perte de gain? Si oui, dans quelle mesure?

Veillez remplir exactement ce qui convient. S'il n'existe aucune autre assurance-accidents, il y a lieu de marquer d'une croix chaque case portant la mention «non».

Assurance		Organisme assureur	
Assurance-accidents obligatoire de l'employeur (selon LAA)	oui	Nom	_____
	non	Agence	_____
		No de Police	_____
Assurance supplémentaire/complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire de l'employeur (selon LAA)	oui	Nom	_____
	non	Agence	_____
		No de Police	_____
Assurance-accidents privée	oui	Nom	_____
	non	Agence	_____
		No de Police	_____
Assurance-accidents scolaire	oui	Nom	_____
	non	Agence	_____
		No de Police	_____
Autres assurances (par ex. auprès d'un club sportif)	oui	Nom	_____
	non	Agence	_____
		No de Police	_____
Avez-vous conclu un accord en cas de dommages?	oui	Avec qui?	_____
	non	Quelle en est la teneur?	_____
Touchez-vous une rente de l'assurance-invalidité fédérale, de la SUVA, AA, AM ou d'une assurance privée?	oui	De laquelle?	_____ Depuis quand? _____
	non	Rente mensuelle CHF	_____
		Invalidité	_____ %



Questions complémentaires en cas d'accident de la circulation

	Véhicule utilisé par vous	Véhicule entré en collision
	Genre (p.ex. vélo, vélomoteur, voiture) _____	Genre (p.ex. vélo, vélomoteur, voiture) _____
	no d'immatriculation _____	no d'immatriculation _____
Détenteur (propriétaire)	Nom _____	Nom _____
	Adresse _____	Adresse _____
	No de tél. _____	No de tél. _____
Conducteur	Nom _____	Nom _____
	Adresse _____	Adresse _____
	No de tél. _____	No de tél. _____
Assurance responsabilité civile	Nom _____	Nom _____
	Adresse _____	Adresse _____
	No de tél. _____	No de tél. _____
Assurance pour passagers	Nom _____	Nom _____
	Adresse _____	Adresse _____
	No de tél. _____	No de tél. _____
Remarques	_____ _____ _____	

Le/la soussigné/-e déclare avoir répondu à toutes les questions de manière véridique et complète et autorise la KPT à prendre connaissance de tous les documents relatifs à l'accident (par ex. documents médicaux, dossiers de la SUVA, de l'AM et de l'assureur privé contre les accidents, documents officiels).

Obligation d'informer (art. 27 LPGA)

Veuillez examiner l'obligation de prise en charge d'autres assurances sociales, notamment l'AVS/AI, l'assurance militaire, l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA, ainsi que les prestations éventuelles de l'aide aux victimes d'infraction.

Lieu et date _____

Signature _____
Assuré/-e ou représentant/-e légal/-e

