

Déclaration d'accident

Assurance obligatoire des soins (LAMal) et assurances complémentaires (LCA)

Le présent formulaire doit être rempli par la personne assurée ou son représentant légal. Vous pouvez aussi remplir ce document sur notre site Internet css.ch (terme de recherche: «Déclaration de sinistre»). Veuillez nous envoyer le formulaire le plus rapidement possible à l'adresse mentionnée en dernière page de ce formulaire. Sans vos indications, nous serons malheureusement dans l'impossibilité de vérifier votre droit à des prestations. Si aucun accident ne s'est produit, veuillez nous retourner malgré tout le formulaire en faisant une mention correspondante dans le champ «Remarques» qui se trouve à la fin du formulaire. Pour les enfants de moins de 15 ans, vous n'avez pas besoin de répondre aux questions 1.2, 1.3, 1.5 et 3.6. Si vous avez des questions, notre Centre de service-clientèle y répondra volontiers au 0844 277 277. Merci beaucoup.

Numéro-client

1 Renseignements généraux

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

1.2 Qui était votre employeur au moment de l'accident?

Nom employeur <input type="text"/>	Rue, n° de bâtiment <input type="text"/>	NPA/Localité <input type="text"/>	Nombre d'heures par semaine <input type="text"/>
---------------------------------------	---	--------------------------------------	---

1.3 Connaissez-vous l'assurance-accidents de votre employeur?

Oui Non

Nom de l'assurance <input type="text"/>	Numéro de sinistre <input type="text"/>
--	--

1.4 Si vous n'aviez pas d'emploi: quelle en était la raison?

Indépendant/e*
 Femme/homme au foyer*
 Rentier/-ière*
 Sans activité lucrative*
 Enfant

*Votre dernier emploi salarié? Du au

Je n'ai jamais été salarié/e

Nom employeur <input type="text"/>	Rue, n° de bâtiment <input type="text"/>	NPA/Localité <input type="text"/>
---------------------------------------	---	--------------------------------------

1.5 Percevez-vous ou avez-vous perçu des indemnités de l'assurance-chômage?

Oui Non Du au

2 Déroulement de l'accident

2.1 Quand, où et comment l'accident s'est-il produit?

Date <input type="text"/>	Heure <input type="text"/>
Lieu de l'accident <input type="text"/>	Pays <input type="text"/>

L'accident est survenu Au travail Sur le chemin du travail Pendant les loisirs

Veuillez 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?

Oui Non Par quel service administratif?

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 votre déclaration en apposant votre signature. Merci de votre collaboration.

Le/la soussigné/e déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de manière complète et conforme à la vérité.

Le/la soussigné/e cède à la CSS son droit à réparation du 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 ce formulaire, le/la soussigné/e 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 ainsi qu'aux employeurs et 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 délègue 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 de texte (p. ex. courriel) 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 (LAMA): 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