

## Déclaration d'accident

Merci de répondre de façon précise à toutes les questions et de retourner sans tarder le formulaire à PROVITA Gesundheitsversicherung AG.

N° d'assurance \_\_\_\_\_ N° de famille \_\_\_\_\_

### Personne assurée (écrire en capitales s.v.p.)

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
Rue/n° \_\_\_\_\_ NPA/localité \_\_\_\_\_  
c/o \_\_\_\_\_ Tél. privé \_\_\_\_\_ Tél. professionnel \_\_\_\_\_

### Rapport de travail au moment de l'accident

- a.  Sans rapport de travail  Femme/homme au foyer  Enfant  Etudiant/e  Retraité/e  Bénéficiaire AI  
b.  Indépendant (en cas de rapport de travail additionnel, veuillez également remplir c.)  
c.  Salarié Adresse de l'employeur \_\_\_\_\_  
Durée moyenne de travail hebdomadaire \_\_\_\_\_  
d.  Touchez-vous des allocations de chômage?  Oui  Non

### Déroulement de l'accident

Quand l'accident a-t-il eu lieu (date et heure)? \_\_\_\_\_

Où l'accident a-t-il eu lieu (indication précise)? \_\_\_\_\_

Description précise de l'accident (activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident; personnes, machines, objets et véhicules impliqués dans l'accident) \_\_\_\_\_

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

Si c'est le cas, par quel poste de police? \_\_\_\_\_

Etes-vous fautif/ve?  Oui  Non

Si c'est le cas, en qui? \_\_\_\_\_

D'autres personnes sont-elles impliquées dans l'accident?  Oui  Non

Si c'est le cas, lesquelles? (Noms des éventuels témoins de l'accident) \_\_\_\_\_

## Indications quant aux traitements médicaux

Partie corporelle touchée \_\_\_\_\_

à gauche     à droite     indéterminé

Type de blessure / description précise (par ex. coupure, fracture, torsion, contusion ou commotion) \_\_\_\_\_

Médecin/dentiste traitant ou hôpital \_\_\_\_\_

Début du traitement \_\_\_\_\_

Le traitement est-il terminé?  Oui  Non

L'incapacité au travail dépasse-t-elle 7 jours?  Oui  Non

Si c'est le cas, quelle est sa durée? \_\_\_\_\_

## Autres assurances au moment de l'accident

Existe-t-il d'autres assurances accident (par ex. donateur Rega, assurance de voyages ou de vacances, assurance occupants, etc.)?  Oui  Non

Si c'est le cas, nom et adresse de l'assurance:

Assurance LAA \_\_\_\_\_

Caisse maladie \_\_\_\_\_

Assurance accidents privée \_\_\_\_\_

Autre \_\_\_\_\_

Les tiers sont-ils responsables?  Oui  Non

Si c'est le cas, qui (nom et adresse)? \_\_\_\_\_

Des véhicules à moteur ou d'autres véhicules sont-ils impliqués dans l'accident?  Oui  Non

Si c'est le cas, lesquels (indications quant au véhicule, nom et adresse du conducteur/de la conductrice)? \_\_\_\_\_

Touchez-vous un dédommagement d'une autre assurance?  Oui  Non

Si c'est le cas, lequel? \_\_\_\_\_

## Moyens auxiliaires et dommages matériels

Selon les conditions générales des assurances complémentaires PRIMA et CLINICA Optima, PROVITA Gesundheitsversicherung AG rembourse les coûts pour la première acquisition de moyens auxiliaires permettant de compenser les atteintes corporelles ou les dysfonctionnements (par ex. un appareil auditif ou une prothèse). PROVITA Gesundheitsversicherung AG rembourse également les coûts de réparation ou de remplacement des moyens auxiliaires qui, avant l'accident, compensaient déjà un membre ou une fonction (par ex. une prothèse). Les lunettes, appareils auditifs et prothèses dentaires sont remboursés en cas de lésion corporelle nécessitant un traitement. Les autres dommages matériels (aux vêtements, montres, biens mobiliers, etc.) ne sont pas couverts. Si vous avez besoin de moyens auxiliaires suite à l'accident ou si vous avez subi un dommage matériel lors de l'accident à des objets couverts par PROVITA Gesundheitsversicherung AG, nous vous prions de les mentionner ci-dessous:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Par la présente, le membre autorise PROVITA Assurance santé SA à se procurer les informations nécessaires auprès des autres assurances, médecins, autorités de police ou judiciaires; de même, le membre autorise ceux-ci à fournir les informations souhaitées.**

Lieu et date                      Signature du/de la requérant/e ou de son représentant légal

\_\_\_\_\_

## PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4  
Postfach  
8401 Winterthur

Tél. 052 260 02 02  
Fax 052 260 02 03

info@provita.ch  
www.provita.ch

