

### Déclaration d'accident

Merci de bien vouloir répondre à toutes les questions et de nous retourner le formulaire dûment signé sous dix jours.

#### Personne assurée

Nom :	N° d'assuré :
Prénom :	N° GS/AG :
Rue :	
NPA/Lieu :	Téléphone privé :
Date de naissance :	Téléphone prof. :

#### Données complémentaires sur la personne accidentée

Exercez-vous une activité professionnelle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Exercez-vous une activité lucrative indépendante? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Temps de travail hebdomadaire: <input type="checkbox"/> moins de 8 heures <input type="checkbox"/> plus de 8 heures	
Employeur (en cas de chômage, merci d'indiquer l'adresse du dernier employeur): ..... ... ..... ... ..... ...	Percevez-vous une allocation de chômage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ..... En cas de chômage, merci d'indiquer la date du dernier jour travaillé: ..... ...

#### Survenue de l'accident

Date de l'accident: Jour ..... Mois ..... Année ..... Heure .....
L'accident s'est produit <input type="checkbox"/> sur le chemin du travail <input type="checkbox"/> au travail <input type="checkbox"/> pendant les loisirs
Lieu de l'accident : .....
Description précise de l'accident : (activité au moment de l'accident, survenue de l'accident, personnes impliquées, machines, appareil, véhicules, matières) ..... ..... .....

Une tierce personne est-elle responsable de l'accident ?  Oui  Non

Si oui, adresse de la personne responsable :

.....  
.....

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

Si oui, adresse du fonctionnaire responsable :

.....  
.....

### Blessures

Nature du dommage :

.....  
.....  
.....  
.....

Partie du corps concernée :

- droite  
 gauche

Premier médecin/dentiste/hôpital traitant :

.....  
.....  
.....  
.....

Médecin/dentiste/hôpital traitant dans un deuxième temps :

.....  
.....  
.....

Etes-vous/étiez-vous en incapacité de travail ?  Oui  Non

Si oui, à ..... % depuis le ..... au .....

### Autres assurances

Parmi les assureurs mentionnés ci-dessous, quels sont ceux qui vous assurent contre les accidents et pour quelle couverture pour l'assurance obligatoire et complémentaire ? Merci de remplir ce qui convient. S'il n'y pas d'autres assurances, merci de toujours cocher « Non ».

Assurance	Assureur	Couverture d'assurance
Assurance-accidents obligatoire de l'employeur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom : ..... N° sinistre : .....	Selon LAA
Assurance complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire ? <input type="checkbox"/> Oui	Nom, agence: ..... N° police : .....	Quelle est la couverture frais de guérison ? .....

Assurance-accidents privée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom, agence: ..... N° police : .....	Couverture frais de guérison ? <input type="checkbox"/> complète <input type="checkbox"/> en complément de l'assurance-maladie <input type="checkbox"/> aucune
Autre assurance d'indemnité journalière ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom, agence: ..... N° police : .....	Délai d'attente : ..... jours ..... CHF/jour ..... % du salaire
<p>Recevez-vous une rente de l'assurance-invalidité fédérale de la SUVA, LAA, assurance militaire ou d'une assurance privée ?      <input type="checkbox"/> Oui      <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui, de quelle assurance : .....</p> <p>Depuis quand ? .....      Taux d'invalidité : .....%</p>		

La personne assurée reconnaît avoir répondu de façon complète et conforme à la vérité à toutes les questions et autorise *innova* à s'enquérir de tout renseignement nécessaire à l'appréciation de son devoir de prestation auprès de toute personne du domaine médical ou thérapeutique, auprès de toute administration, d'autres compagnies d'assurance ainsi qu'auprès de l'employeur, et les libère du secret professionnel et du secret médical envers *innova*.

Lieu et date