

N° Police | | | | | | | |

## Déclaration d'accident

- Standard** : ignorez les points 5 et 6
- Circulation** : ignorez le point 6
- Dentaire** : ignorez le point 5

### 1. Informations générales

.....  
.....

### 2. Statut de la personne ayant subi une lésion

#### Si salariée

Profession, nom et adresse de l'employeur  
.....  
.....

Nombre d'heures de travail par semaine au moment de l'accident ?  
.....

Nom de l'assurance-accident de l'employeur (par exemple SUVA)  
.....

L'accident lui a-t-il été annoncé ?

Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le numéro de sinistre  
.....

#### Si non salariée

Sans activité

Femme/homme au foyer

Retraité(e)

Indépendant(e)

Etudiant(e)

Ecolier(ère)/enfant

Au service militaire

Au chômage

Des indemnités de chômage étaient-elles perçues ?

Oui  Non

Si oui de quand à quand ?  
.....

### 3. Circonstances de l'accident

Date (JJ/MM/AAAA) | | | | | | | |

Heure

Localité  
.....

Description détaillée du déroulement de l'événement. Ecrivez au dos de cette feuille si besoin

(Par ex. : activité sportive, autre personne, véhicule, objet, événement particulier, conditions météorologiques particulières... etc.)  
.....  
.....  
.....

A quel(s) numéro(s) de téléphone êtes-vous joignable en journée ?  
.....

L'accident s'est-il produit dans le cadre de l'activité scolaire ou durant le trajet ?

Oui  Non

L'accident s'est-il produit en allant ou en revenant du travail ?

Oui  Non





N° Police  

### 6. Accident dentaire

Le dommage dentaire est-il survenu en mangeant ? (Si non, ne pas répondre aux questions suivantes)  Oui  Non

Quel aliment a été consommé ?

S'est-il passé quelque chose d'inhabituel ?  Oui  Non

Si oui, quoi ?

Quel corps étranger se trouvait dans le produit alimentaire ? A-t-il été vu ou est-ce une supposition ?  
(Prière de donner le plus de détails possible à ce sujet)

L'objet ayant causé le dégât est-il toujours en possession du lésé ?  Oui  Non

L'objet a-t-il été avalé avec de la nourriture ?

Si le produit incriminé a été acheté ou consommé ailleurs, où et quand a-t-il été acheté/consommé ?

Existe-t-il une preuve d'achat ? (si oui, prière de joindre le document)  Oui  Non

L'évènement a-t-il été annoncé au lieu de l'achat (magasin, restaurant... etc.) ?  Oui  Non

Si oui, auprès de qui et à quelle date ?

Si non, pourquoi n'a-t-il pas été annoncé ?

L'assurance responsabilité du magasin/restaurant est-elle concernée ?  Oui  Non

Si oui, laquelle ?

Numéro de sinistre si existant

### 7. Autres assurances

Une assurance-accident a-t-elle été contractée auprès d'une autre société ?  Oui  Non

Nom de la société	Quel est le type de couverture ? (Par exemple : assurance scolaire, perte de gain, capital invalidité / décès, hospitalisation en division mi-privée / privée, frais de transports d'urgences... etc.)	Véhicule entré en collision avec le vôtre
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>

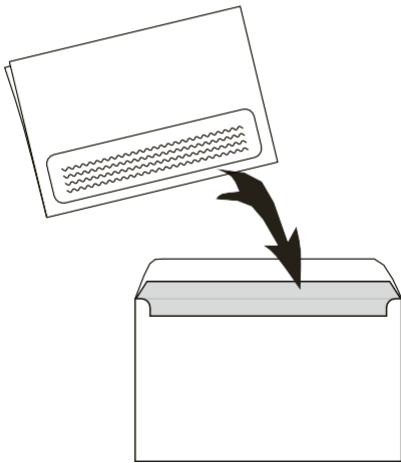


.....  
.....  
.....

Assura  
Case postale 4  
1052 Le Mont-sur-Lausanne

### Page de garde pour l'envoi de documents

**1.** Glisser cette page de garde ainsi que le(s) document(s) demandé(s) dans l'enveloppe affranchie fournie.



**2.** Vérifier que les adresses apparaissent dans les fenêtres de l'enveloppe.

