

Déclaration en cas de maladie et d'accident

En cas d'incapacité de travail ou de gain, d'invalidité, d'hospitalisation ou de cure
(y compris assurance accidents collective et LAAC)



No de police _____ No de sinistre _____

1. Preneur d'assurance

Nom	Rue	NPA, lieu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone	No de compte postal/bancaire	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

2. Personne assurée

M. Mme

Nom, prénom	Date de naissance	No AVS (11 chiffres)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rue	Nationalité	Etat civil
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA, lieu	La personne assurée est-elle soumise à l'impôt à la source?	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

3. Evénement

Accident Maladie Maternité

4. Date de l'accident/de la maladie

Jour	Mois	Année	En cas d'accident: heure, minute
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

5. Accident

Lieu de l'accident

Où l'accident est-il survenu? (lieu, endroit)

Description de l'accident

Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident

Constatations

Qui a procédé aux constatations?

Nom des témoins?

Une enquête est-elle désirée? oui non

Ont-ils été entendus? oui non

Blessure

Partie du corps atteinte (gauche/droite)

Nature de la lésion

6. Incapacité de travail

Quand le travail a-t-il été interrompu? jour heure

Si le travail a été repris, quand? en plein part. à %

7. Adresses des médecins

Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)

Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)

8. Autres assurances

Existe-t-il une autre assurance pour le présent sinistre (assurance accidents, maladie et/ou responsabilité civile)?

oui

non

Si oui, où?

La personne assurée perçoit-elle une indemnité journalière ou une rente?

oui

non

Si oui, chez qui?

La personne assurée autorise Zurich à traiter les données requises pour la liquidation du cas. Elle autorise par ailleurs Zurich à consulter les documents officiels, juridiques, médicaux et autres dans la mesure où la consultation de ces documents sont nécessaires à l'élucidation du cas et libère dans ce cadre les médecins traitants et les spécialistes du secret médical. La personne assurée autorise la Zurich à communiquer les données relatives à ces cas à Zurich Vie, la Genevoise Vie chez lesquelles il existe d'autres polices pour le même événement, en vue du traitement des cas donnant lieu à l'octroi de prestations. L'autorisation relative à l'élaboration des données peut être révoquée en tout temps.

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

Signature de la personne assurée (en cas la personne ne soit pas identique au preneur d'assurance)