

Place Centrale, 1937 Orsières
 Tél.: 027 783 25 87 / Fax.: 027 783 30 18
 cmveo@cmveo.ch

Avis d'accident

(À remplir par le membre ou son représentant légal)

Nous vous prions de répondre complètement et avec précision à toutes les questions (pas de traits!) et de nous remettre immédiatement l'avis d'accident. En cas d'obligation de prestation d'un tiers, la caisse-maladie n'est tenue de fournir les prestations qu'en deuxième lieu.

1. Personne blessée

Nom et prénom:		Date de naissance:
Adresse:		Tél. privé:
		Tél. prof.:
Profession	Travail à temps partiel	
Nom et adresse de l'employeur		
Temps de travail	Jours/semaine	Heures/semaine
Si vous êtes au chômage		
Quand et pour qui avez-vous travaillé la dernière fois?		
Temps de travail moyen par semaine?	<input type="checkbox"/> moins de 8 h	<input type="checkbox"/> 8 h et plus
Percevez-vous depuis une indemnité journalière de l'assurance-chômage?	<input type="checkbox"/> oui, du	jusqu'au
	<input type="checkbox"/> non	

2. Déroulement

Date de l'accident	Heure	Lieu
Description précise du déroulement de l'accident		
Une tierce personne est-elle en faute pour l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Nom, adresse et numéro de téléphone de celle-ci		
Nom, adresse et numéro de téléphone de son assurance responsabilité civile		
Témoins		
Un rapport de police a-t-il été établi? (si oui, veuillez joindre une copie) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Par quelle autorité?
En cas d'accident de sport, le nom de l'association		

3. Blessures

Type de blessure (désignation précise, partie du corps, etc.)

Début du traitement

Premier médecin traitant

Poursuite du traitement par

Êtes-vous dans l'incapacité de travailler? Oui Non 100% à partir de % à partir de

4. Autres assurances

Parmi les assurances énumérées suivantes, quelle est votre assurance obligatoire et/ou complémentaire en cas d'accident et quelle est son étendue?

Veuillez préciser ce qui correspond.

S'il n'y a pas d'assurance-accidents, il faut toujours cocher non.

Assurance	Assureur	Couverture des frais de guérison p. ex. pleine ou en complément de CM	Êtes-vous assuré en cas de perte de gain?
Ass.-accidents oblig. de l'employeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Ass. complémentaire à l'ass.-accidents oblig. de l'employeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Ass.-accidents privée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Ass.-accidents scolaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Autre ass. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Avez-vous conclu un accord pour le sinistre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Percevez-vous une rente de l'AI suisse, de la CNA, LAA, AM ou d'une ass. privée. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

5. Questions supplémentaires en cas d'accidents de la circulation

	Le véhicule que vous avez utilisé	Véhicule impliqué dans la collision
Type (p. ex. vélo, moto, auto) et numéro de police		
Détenteur (propriétaire) Nom, adresse, tél.		
Conducteur Nom, adresse, tél.		
Ass. responsabilité civile		
Ass. passagers		

Le/la signataire déclare avoir répondu conformément à la vérité et complètement à toutes les questions et autorise la caisse-maladie à consulter l'ensemble des dossiers concernant l'accident (p. ex. les documents médicaux, les dossiers de la CNA, de l'AM et de l'assurance-accidents privée).

Date

Signature