



## Avis d'accident

(A remplir par la personne assurée ou par son représentant légal)  
Veuillez donner une réponse exacte et complète à chaque question (les tirets ne sont pas admis), puis nous renvoyer cet avis d'accident par retour du courrier.

Traité par:

Ligne directe:

Service d'émission	Etabli le
Personne assurée	
N° d'assuré/e	Date de naissance

### 1. Indications complémentaires concernant la personne lésée

1.1 Activité prof.? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> employé/e <input type="checkbox"/> activité indép. <input type="checkbox"/> travail au foyer <input type="checkbox"/> retraité/e <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> Activité secondaire (emploi saisonnier, temps partiel) <input type="checkbox"/> Stage d'orientation <input type="checkbox"/> _____
1.2 Nom et adresse de l'employeur à la date de l'accident
1.3 Horaire de travail? Jours par semaine _____ Heures par semaine _____ Activité professionnelle _____
1.4 Etes-vous au chômage? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non A quelle date vous êtes-vous inscrit/e au bureau du travail? _____ Retirez-vous des indemnités journalières de l'assurance-chômage? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du _____ au _____ Où avez-vous travaillé en dernier lieu <b>avant le début du chômage?</b> _____
1.5 Votre n° de téléphone en cas de questions Privé _____ Professionnel _____

### 2. Déroulement de l'accident

2.1 Date de l'accident _____ heure _____ lieu _____ L'accident est-il arrivé <input type="checkbox"/> sur le chemin du travail <input type="checkbox"/> au lieu de travail <input type="checkbox"/> pendant le temps libre <input type="checkbox"/> pendant le service militaire <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> dans les 30 jours suivant la fin du contrat de travail (couverture supplémentaire LAA)
2.2 Déroulement exact de l'accident (brève description)
2.3 Est-ce qu'une tierce personne est responsable de l'accident (pour les accidents de la circulation, voir les questions complémentaires) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
2.4 Nom, adresse et n° de téléphone de la tierce personne
2.5 Nom et adresse de l'assurance-responsabilité civile de la tierce personne
2.6 Témoins (noms, adresse, n° de téléphone)
2.7 Est-ce qu'un constat de police a été dressé? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Par quelle autorité?


### 3. Lésions corporelles

3.1 Genre de lésions (description exacte de la partie du corps atteinte, dent, etc.)	
3.2 Premier médecin/dentiste traitant (adresse exacte)	Suite du traitement effectuée par:
3.3 Subissez-vous une incapacité de travail? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non 100% depuis le _____ / _____ % depuis le _____	

### 4. Autres assurances

Parmi les assurances énumérées ci-après, quelles sont celles que vous avez conclues à titre obligatoire et/ou complémentaire pour les risques d'accidents, et dans quelle mesure? Veuillez répondre de façon précise.  
**Si aucune autre assurance n'a été conclue, veuillez marquer d'une croix chaque rubrique correspondant à un «non».**

Assurance	Assureur	Couverture d'assurance
4.1 Assurance-accidents obligatoire de l'employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom Sinistre n°:	selon la LAA
4.2 Assurance en complément à l'assurance-accidents obligatoire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom, agence Police n°:	Quelle est la couverture des frais de guérison?
4.3 Assurance-accidents privée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom, agence Police n°:	Couverture des frais de guérison? <input type="checkbox"/> intégrale <input type="checkbox"/> en complément à la caisse-maladie <input type="checkbox"/> aucune
4.4 Assurance-accidents scolaire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom, agence Police n°:	Couverture des frais de guérison? <input type="checkbox"/> intégrale <input type="checkbox"/> en complément à la caisse-maladie <input type="checkbox"/> aucune

### 5. Questions complémentaires en cas d'accident de la circulation

	Véhicule utilisé par vous-même	Véhicule entré en collision
5.1 Genre de véhicule (par ex. bicyclette, vélomoteur, voiture) + marque et modèle		
5.2 Détenteur (propriétaire) Nom, adresse		
5.3 Conducteur Nom, adresse		
5.4 Numéro minéralogique		
5.5 Assurance-responsabilité civile	Nom	
	Agence	
	Police n°	
5.6 Assurance-occupants? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Qui est inclus? <input type="checkbox"/> Détenteur <input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Passagers	Nom Agence Police n°	Couverture des frais de guérison? <input type="checkbox"/> intégrale <input type="checkbox"/> en complément à la caisse-maladie <input type="checkbox"/> aucune

#### Remarques

**Dans les cas de responsabilité civile, les indemnisations, conventions d'indemnisation ou déclarations de renonciation aux prestations doivent être portées à la connaissance de la Visana/Visana Assurances SA avant tout paiement ou avant la signature de l'accord correspondant. En cas de non-respect de cette obligation d'avis, les droits aux prestations de la Visana/Visana Assurances SA sont perdus.**

**A l'égard de tiers devant assumer la responsabilité civile pour le cas d'assurance, la Visana est subrogée à la personne assurée pour faire valoir les droits de celle-ci dès la survenance de l'événement et jusqu'à concurrence des prestations prescrites par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).**

**La Visana Assurances SA ne couvre à partir de l'assurance selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) que la part du dommage qui n'est pas à la charge de tiers civilement responsables. Lorsque la Visana Assurances SA a versé des prestations qui doivent être prises en charge par des tiers tenus de réparer le dommage fondé sur la responsabilité civile, les droits de la personne assurée à l'égard de ces tiers passent à la Visana Assurances SA jusqu'à concurrence des prestations dont elle a assumé le paiement.**

**Le/la soussigné/e déclare avoir répondu à toutes les questions en toute bonne foi, de façon complète et objective et autorise la Visana/Visana Assurances SA à prendre connaissance de toutes pièces concernant l'accident (p. ex. documents médicaux, documents de la SUVA, de l'assurance militaire et de l'assureur-accidents privé ainsi que les rapports et documents officiels).**

Lieu et date:

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal:

**Cette formule, dûment remplie et signée, est à renvoyer dans les 5 jours au centre de prestations compétent.**