

# 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, prénom

Téléphone

Rue

E-Mail

NPA, lieu

Nom de la banque

Compte postal no

No IBAN

## 2 Personne assurée

M.  Mme

Nom, prénom

Date de naissance

Rue

Numéro AS (13 chiffres)

NPA, lieu

Nationalité

Téléphone

Etat civil

E-Mail

Activité professionnelle actuelle

La personne malade est-elle soumise à l'impôt à la source?

Oui  Non

Nom de la banque

Compte postal no

No IBAN

### 3 Événement

Accident  Maladie  Maternité

### 4 Date de l'accident/de la maladie

Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ En cas d'accident: heure, minute \_\_\_\_\_

### 5 Accident

#### 5.1 Lieu de l'accident

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

\_\_\_\_\_

#### 5.2 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 6 Incapacité de travail

Quand le travail a-t-il été interrompu?

Jour \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 7 Adresses des médecins

Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 5.3 Constatations

Qui a procédé aux constatations?

\_\_\_\_\_

Une enquête est-elle désirée?  Oui  Non

Nom des témoins?

\_\_\_\_\_

Ont-ils été entendus?  Oui  Non

#### 5.4 Blessure

Partie du corps atteinte (gauche/droite)

\_\_\_\_\_

Nature de la lésion

\_\_\_\_\_

Si le travail a été repris, quand?

\_\_\_\_\_

en plein  part. à \_\_\_\_\_ %

\_\_\_\_\_

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 la Zurich Compagnie d'Assurances S. A. à traiter les données requises pour la liquidation du cas. Elle autorise par ailleurs la 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 la Zurich Vie et/ou 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)

---