



KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

Avis d'accident

Nous vous prions de bien vouloir répondre à toutes les questions adéquates de manière précise et complète (pas de traits) et de nous renvoyer l'avis d'accident par retour du courrier! Ce formulaire doit être complété par l'assuré/l'assurée ou son/sa représentant/-e légal/-e.

Personne assurée

No de police	_____		
Nom	_____	Prénom	_____
Rue	_____	Complément adresse	_____
NPA	_____	Localité	_____
Etat civil	_____	Profession	_____
Téléphone	_____	Sexe	☐ féminin ☐ masculin
Mobile	_____	Date de naissance	_____
E-Mail	_____		

Nom et adresse de l'employeur au moment de l'accident (également en cas de travail accessoire ou d'apprentissage à l'essai)

Horaire de travail _____ Jours/ semaine _____ Heures/ semaine _____

Autres employeurs (nom et adresse)

Horaire de travail _____ Jours/ semaine _____ Heures/ semaine _____

En cas de chômage:

Quand et auprès de qui avez-vous travaillé en dernier lieu?

Avez-vous touché depuis lors des indemnités de l'assurance-chômage? ☐ oui, du _____ au _____ ☐ non

Déroulement de l'accident

Date de l'accident _____ Heure _____ Localité _____

Description précise du déroulement et de l'accident (lieux, conditions météorologiques, personnes impliquées, véhicules, machines, animaux)





KPT, Case postale, CH-3001 Berne
kpt.ch

L'accident a-t-il eu lieu sur le chemin du lieu de travail/de l'école ☐ oui ☐ non

L'accident a-t-il été causé par une tierce personne? (En ce qui concerne les accidents de circulation, voir les questions complémentaires) ☐ oui ☐ non

Nom, adresse et no de tél. de celle-ci

Nom et adresse de l'assureur responsabilité civile de ladite personne (désignation précise et numéro de police)

Témoins (noms, adresses, no de tél.)

Un rapport de police a-t-il été établi? ☐ oui ☐ non

par quel poste?

Blessures

Genre de blessures (description précise, partie du corps, dents, etc.)

Début du traitement

Premier médecin/dentiste traitant (adresse)

Traitement poursuivi par

Etes-vous inapte au travail? ☐ oui ☐ non 100% dès le _____ % dès le _____



Autres assurances

Par laquelle des assurances ci-après mentionnées êtes-vous obligatoirement assuré/-e et/ou à titre complémentaire contre les accidents, et dans quelle mesure? Existe-t-il une couverture des frais de guérison (par ex. totale ou en complément à la caisse-maladie)? Etes-vous assuré/-e contre la perte de gain? Si oui, dans quelle mesure?

Veuillez remplir exactement ce qui convient. S'il n'existe aucune autre assurance-accidents, il y a lieu de marquer d'une croix chaque case portant la mention «non».

Assurance		Organisme assureur
Assurance-accidents obligatoire de l'employeur (selon LAA)	☐ Oui	Nom _____
	☐ Non	Agence _____
		No de sinistre _____
Assurance supplémen-taire/complé-mentaire à l'assurance-accidents obligatoire de l'employeur (selon LAA)	☐ Oui	Nom _____
	☐ Non	Agence _____
		No de police _____
Assurance-accidents privée (par ex. assurance-accidents scolaire ou as-surances auprès d'un club sportif)	☐ Oui	Nom _____
	☐ Non	Agence _____
		No de police _____
Avez-vous conclu un accord en cas de dommages?	☐ Oui	Avec qui? _____
	☐ Non	Quelle est le teneur? _____
Touchez-vous une rente de l'assu-rance-invalidité fédérale, de la SUVA, AA, AM ou d'une assurance privée?	☐ Oui	De laquelle? _____
	☐ Non	Depuis quand? _____
		Rente mensuelle CHF _____
		Invalidité _____ %

Procuration

Dans la mesure où cela s'avère nécessaire à la clarification du droit aux prestations en lien avec l'accident, vous autorisez KPT Caisse-maladie SA / KPT Assurances SA (ci-après «la KPT») ou ses mandataires à consulter les dossiers officiels de la police (p. ex. rapports d'accident) ainsi que des documents administratifs et médicaux d'autres organismes d'assurance sociale (p. ex. assureurs-accidents ou offices AI) et compagnies d'assurance privées (p. ex. assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie) impliqués. Vous autorisez ceux-ci à communiquer à la KPT des renseignements relatifs à l'accident lui permettant de déterminer le droit à des prestations d'assurance et de faire valoir d'éventuelles prétentions récursoires à l'égard de tiers. Vous déliez en outre sans réserve le personnel médical (p. ex. médecins traitants, thérapeutes) de son obligation de garder le secret vis-à-vis de la KPT au sujet de l'accident. Vous autorisez la KPT à remettre aux assurances responsabilité civile ou tiers responsables impliqué(e)s des documents déterminants pour la prétention récursoire. La présente procuration est valable jusqu'à sa révocation et s'applique en principe même après votre décès.

Obligation d'informer (art. 27 LPGA)

Veuillez examiner l'obligation de prise en charge d'autres assurances sociales, notamment l'AVS/AI, l'assurance militaire, l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA, ainsi que les prestations éventuelles de l'aide aux victimes d'infraction.

Lieu et date _____

Signature _____
Assuré/-e ou représentant/-e légal/-e



Questions complémentaires en cas d'accident de la circulation

	Véhicule utilisé par vous	Véhicule entré en collision
	Genre (p.ex. vélo, vélomoteur, voiture)	Genre (p.ex. vélo, vélomoteur, voiture)
	no d'immatriculation	no d'immatriculation
Détenteur (propriétaire)	Nom	Nom
	Adresse	Adresse
	No de tél.	No de tél.
Conducteur	Nom	Nom
	Adresse	Adresse
	No de tél.	No de tél.
Assurance responsabilité civile	Nom	Nom
	Adresse	Adresse
	No de tél.	No de tél.
Assurance pour passagers	Nom	Nom
	Adresse	Adresse
	No de tél.	No de tél.
Remarques		

Procuration

Dans la mesure où cela s'avère nécessaire à la clarification du droit aux prestations en lien avec l'accident, vous autorisez KPT Caisse-maladie SA / KPT Assurances SA (ci-après «la KPT») ou ses mandataires à consulter les dossiers officiels de la police (p. ex. rapports d'accident) ainsi que des documents administratifs et médicaux d'autres organismes d'assurance sociale (p. ex. assureurs-accidents ou offices AI) et compagnies d'assurance privées (p. ex. assureurs d'indemnités journalières en cas de maladie) impliqués. Vous autorisez ceux-ci à communiquer à la KPT des renseignements relatifs à l'accident lui permettant de déterminer le droit à des prestations d'assurance et de faire valoir d'éventuelles prétentions récursoires à l'égard de tiers. Vous déliez en outre sans réserve le personnel médical (p. ex. médecins traitants, thérapeutes) de son obligation de garder le secret vis-à-vis de la KPT au sujet de l'accident. Vous autorisez la KPT à remettre aux assurances responsabilité civile ou tiers responsables impliqué(e)s des documents déterminants pour la prétention récursoire. La présente procuration est valable jusqu'à sa révocation et s'applique en principe même après votre décès.

Obligation d'informer (art. 27 LPGA)

Veuillez examiner l'obligation de prise en charge d'autres assurances sociales, notamment l'AVS/AI, l'assurance militaire, l'assurance-accidents obligatoire selon la LAA, ainsi que les prestations éventuelles de l'aide aux victimes d'infraction.

Lieu et date _____

Signature _____
Assuré/-e ou représentant/-e légal/-e

