



AVIS D'ACCIDENT LAMaI / LCA

(A remplir par la personne assurée ou par son représentant légal/sa représentante légale).

Veillez donner une réponse exacte et complète à chaque question pertinente, puis nous renvoyer cet avis de sinistre par retour de courrier.

Données personnelles de la personne assurée	
Sexe:	<input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin
Nom:	..... Prénom:
Rue:	..... NPA/localité:
Date de naissance:	..... N° d'assurance:
N° de tél. (privé):	..... N° de tél. (prof.):
1. Données supplémentaires sur la personne blessée	
1.1 Activité professionnelle: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> employé/e <input type="checkbox"/> indépendant/e <input type="checkbox"/> stage <input type="checkbox"/> activité annexe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> homme / femme au foyer <input type="checkbox"/> retraité/e <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> (si non, veuillez passer directement à la question 2, description de l'accident)	
1.2 Nom et adresse de l'employeur à la date de l'accident:	
Nom:	..... Prénom:
Adresse:	..... NPA/localité:
1.3 Temps de travail: activité professionnelle:	
jours par semaine: heures par semaine:	
1.4 Etes-vous au chômage? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Quand vous êtes-vous inscrit/e auprès de l'ORP?	
Dans l'affirmative, touchez-vous des indemnités journalières de l'assurance-chômage ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non du au	
Chez qui avez-vous travaillé en dernier avant d'être au chômage?	
2. Description de l'accident	
2.1 Indications détaillées	
Date de l'accident .....Heure .....Lieu	
L'accident est survenu:	
<input type="checkbox"/> sur le chemin du travail <input type="checkbox"/> au poste de travail <input type="checkbox"/> durant le temps de loisir <input type="checkbox"/> durant le service militaire	
<input type="checkbox"/> dans les 31 jours suivant la fin du rapport de travail (couverture supplémentaire LAA)	
<input type="checkbox"/>	
2.2 Description exacte de l'accident (bref exposé des faits)	
.....	
.....	
.....	
.....	
2.3 Tierce personne responsable de l'accident (accidents de la route, voir questions supplémentaires) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Nom:	..... Prénom:
Adresse:	..... NPA/localité:
Téléphone:	.....
Ass. Resp. civile:	.....
Adresse:	..... NPA/localité:



2.4 Y a-t-il des témoins? oui non
 Name: Prénom:
 Adresse: NPA/localité:
 Téléphone:

2.5 Un rapport de police a-t-il été établi? oui non
 Service officiel:

3. Lésions

3.1 Types de lésions (désignation exacte, partie du corps, dent, etc.)

3.2 Médecins/dentistes traitants
 Premier médecin/dentiste traitant
 Nom: Prénom:
 Adresse: NPA/localité:
 Téléphone:
 Suite des traitements aux soins de
 Nom: Prénom:
 Adresse: NPA/localité:
 Téléphone:

3.3 Etes-vous en incapacité de travail? oui non
 100% à partir du / % à partir du

4. Autres assurances
 Par lesquelles des assurances mentionnées dans ce qui suit êtes-vous assuré/e contre les accidents et dans quelle mesure (dans le cadre de l'assurance-accidents obligatoire ou en complément? Veuillez répondre de façon précise aux questions pertinentes. **S'il n'existe aucune autre assurance, cochez la case «non» pour chaque question.**

Assurance	Institution d'assurance	Couverture d'assurance
Assurance-accidents obligatoire de l'employeur? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom: N° de sinistre:	Selon LAA
Assurance complémentaire à l'ass.-accidents obligatoire? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom, agence: N° de police:	Quelle est la couverture des frais de guérison conclue?
Assurance-accidents privée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Nom, agence: N° de police:	Couverture de frais de guérison? <input type="checkbox"/> complète <input type="checkbox"/> en complément à la caisse-maladie <input type="checkbox"/> aucune



5. Questions supplémentaires en cas d'accidents de la route		
Informations requises	Véhicule que vous utilisez	Autre véhicule impliqué dans la collision
Type de véhicule (p. ex. vélo, motocyclette, voiture) + marque, type	..........	..........
Détenteur/trice (propriétaire) Nom, adresse	..........	..........
Conducteur/trice Nom, adresse	..........	..........
N° d'immatriculation	.....	.....
Assurance de responsabilité civile	Nom, agence: N° de police:	Nom, agence: N° de police:
Assurance des passagers/ères? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Qui est inclus? <input type="checkbox"/> Détenteur/trice <input type="checkbox"/> Conducteur/trice <input type="checkbox"/> Passager/ère	Nom, agence: N° de police:	Nom, agence: N° de police:

Remarques :

.....

.....

.....

Dans les cas de responsabilité civile, les indemnités touchées, les arrangements et les déclarations de renonciation aux prestations convenues doivent être annoncés à l'assureur compétent du groupe Visana (Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Visana Assurances SA) avant versement ou signature. Lorsque cette obligation d'annoncer n'est pas respectée, vous perdez vos droits aux prestations auprès de l'assureur correspondant.

L'assureur LAMal est subrogé à la personne assurée à l'égard de tiers responsable pour tout droit résultant du sinistre dès le moment où l'événement s'est produit et jusqu'à concurrence du montant prescrit dans la loi sur l'assurance-maladie (LAMal).

Visana Assurances SA ne couvre au titre de l'assurance selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) que la part du sinistre qui ne doit pas être prise en charge par des tiers responsables. Si Visana Assurances SA a alloué des prestations incombant à des tiers responsables, les droits de la personne assurée passent à Visana Assurances SA jusqu'à concurrence du montant des prestations allouées.

Le/la soussigné/e atteste avoir répondu en toute sincérité et de façon complète à toutes les questions et autorise l'assureur à prendre connaissance de tous documents relatifs à l'accident (p. ex. documentations médicales, dossiers de la SUVA, de l'assurance militaire et de l'assureur-accidents privé, pièces officielles).

Lieu, date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal/de sa représentante légale