

DÉCLARATION D'ACCIDENT – DENTAIRE

Contact Centre de prestations Fribourg

Téléphone +41 26 555 03 50

Fax +41 26 555 03 12

lcfribourg@atupri.ch

Atupri Assicurazione della salute SA

Leistungscenter

Andreasstrasse 15

Postfach

8050 Zürich Oerlikon

Nous avons reçu une facture / des factures en rapport avec votre accident. Merci de répondre intégralement et en lettres d'imprimerie aux questions ci-dessous et de nous renvoyer ce questionnaire avec la facture / les factures dans un délai de **dix jours**.

1 Personne blessée

Adresse

Numéro d'assuré

Date de naissance

Téléphone privé

Téléphone professionnel

2 La personne blessée exerçait-elle une activité professionnelle au moment de l'accident? oui non

Ecolier/écolière étudiant/e apprenti/e indépendant/e sans activité professionnelle

Si oui, nom et adresse de l'employeur

Temps de travail par semaine

moins de 8 heures

8 heures ou plus

2.1 La personne blessée était-elle au chômage au moment de l'accident? oui non

Quand et chez qui a-t-elle travaillé pour la dernière fois?

Perçoit-elle des indemnités de chômage? oui non

3 Date de l'accident: Heure de l'accident: Lieu exact de l'accident:

Description exacte de l'accident (rapport concis)

4 Quelle(s) dent(s) a/ont été blessée(s)?

Lwa/les dent(s) blessée(s) avai(en)t-elle(s) déjà été traitée(s)? oui/Date non

Si oui, s'agissait-il d'un traitement suite à un accident? oui/Accident du non

Qui avait alors assumé les coûts et qui était le dentiste traitant?

Qui dispense actuellement le traitement dentaire suite à l'accident (adresse exacte du dentiste)?

1

2

5 L'accident est-il imputable à autrui? oui non
Nom, adresse, N° de tél. du/de la responsable de l'accident

Nom et adresse de son assurance responsabilité civile

6 La personne blessée dispose-t-elle d'une autre assurance-accident (ex. assurance-accidents de l'employeur, assurance militaire, autre assurance-maladie, assurance scolaire contre les accidents, assurance privée, assurance d'association, assurance de voyage, assurance de vacances, etc.) oui non

Si oui, où?

Cette assurance assume-t-elle la totalité des frais de guérison? oui non

Complète-t-elle l'assurance-maladie? oui non

Nous vous prions de joindre la police d'assurance et les conditions générales d'assurances, ou des copies de ces pièces. Les originaux vous seront retournés après examen.

7 Dans le cadre de l'assurance-accidents de l'employeur, la personne blessée est-elle assurée pour la division semi-privée ou privée à l'hôpital? oui non

8 Accidents sportifs (manifestations d'association/de fédération):

La personne blessée est-elle un membre actif d'une association/fédération? oui non

Si oui, laquelle?

Existe-t-il une assurance-accidents complémentaire/additionnelle? Si oui

Nom de l'assurance

Agence

N° de police

9 Incidents impliquant des véhicules **Véhicule de l'accidenté(e)** **Véhicule de la partie adverse**

Type (p. ex. vélo, cyclomoteur, auto)

Détenteur (propriétaire)
Nom, adresse, N° de tél.

Conductrice/conducteur
Nom, adresse, N° de tél.

N° de plaque de contrôle

Assurance responsabilité civile
(Agence/N° de police)

Assurance passagers
(Agence/N° de police)

Nous vous prions de joindre les originaux ou des copies de la police d'assurance et des conditions générales d'assurances du détenteur du véhicule. Les originaux vous seront retournés après examen.

10 Un rapport de police a-t-il été établi? oui non
Nom et adresse de témoins

Atupri est autorisée à prendre connaissance de l'ensemble du dossier d'accident (fichiers médicaux, documents de la SUVA et des assurances privées, pièces relatives à des infractions, etc.).

Lieu et date

**Signature de la preneuse / du preneur d'assurance
et/ou du représentant légal / de la représentante légale**
