

AVIS D'ACCIDENT/CONSÉQUENCES D'UN ACCIDENT

OUI (veuillez répondre aux questions 1 à 10)

NON (maladie: _____)

Contact Centre de prestations Fribourg

Tél. +41 26 555 03 50

Fax +41 26 555 03 12

lcfribourg@atupri.ch

Atupri Assurance de la santé SA

Centre de prestations

Bd de Pérolles 55

Case postale 32

1701 Fribourg

Veuillez répondre à toutes les questions ci-dessous (caractères d'imprimerie) et retourner cette déclaration d'accident **dans un délai de 10 jours** à Atupri.

1 Personne blessée

Adresse

N° d'assuré

Date de naissance

Téléphone privé

Téléphone professionnell

2 La personne blessée exerçait-elle une activité professionnelle au moment de l'accident? oui non
Ecolier/écolière étudiant-e apprenti-e employé-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 a-t-elle travaillé pour la dernière fois et chez qui?
Reçoit-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 Nature de la blessure (désignation exacte, partie du corps, etc.)

Nature du traitement ambulatoire stationnaire

En traitement chez (nom et adresse des médecins, dentistes, physiothérapie, traitement ambulatoire en hôpital, etc.)

1 3

2 4

Nom de l'hôpital en cas de séjour stationnaire

Date d'admission Date de sortie

5 L'accident est-il imputable à une personne? 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 est-elle assurée ailleurs pour cet accident (p. ex. assurance-accidents de l'employeur, assurance militaire, autre assurance-maladie, assurance scolaire contre les accidents, assurance privée, assurance d'association, assurance de syndicat, assurance de voyage, assurance de vacance, etc.) oui non

Si oui, où?

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

Ou en complément de l'assurance-maladie? oui non

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

7 La personne blessée est-elle assurée pour la division semi-privée ou privée à l'hôpital auprès de l'assurance accident de l'employeur? 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**

Genre (p. ex. vélo, cyclomoteur, automobile)

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

Conducteur/conductrice -
nom, adresse, N° de tél.

N° de plaque de contrôle:

Assurance responsabilité civile:
(Agence/N° de polices)

Assurance passagers:
(Agence/N° de polices)

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 documents originaux vous seront retournés après consultation.

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

Nom et adresse de témoins

Atupri est autorisée à prendre connaissance de la totalité des documents concernant l'accident (documents médicaux, documents de la SUVA et des assurances privées, documents concernant des infractions, etc.)

Lieu, date

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