

Assurance en cas de décès ou d'invalidité par accident

Déclaration pour prestations en capital



Ce formulaire doit être rempli par la personne assurée ou par son représentant légal. Vous pouvez aussi remplir et imprimer le document à partir de notre site Internet, sur www.css.ch/adi (déclaration pour capital accident).

Veuillez nous envoyer le formulaire dès que possible à l'adresse indiquée à la dernière page de ce formulaire.

En cas de déclaration de décès, veuillez ignorer les points 3.1 et 3.2.

Pour les enfants de moins de 15 ans, vous n'avez pas besoin de répondre aux questions 3.1 et 3.2.

Avez-vous des questions? Notre Contact Center (0844 277 277) vous aide avec plaisir. Merci beaucoup.

Numéro-client

 Invalidité Décès

1 Renseignements généraux

1.1 Données personnelles de la personne assurée

Prénom	Nom	Date de naissance	Rue, numéro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	E-mail	Téléphone	Joignable à
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1.2 Données de l'auteur de la déclaration

Prénom	Nom	Date de naissance	Rue, numéro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	E-mail	Téléphone	Joignable à
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2 Circonstances de l'accident

2.1 Quand, où et comment l'accident s'est-il passé?

Date	Heure
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieu	Pays
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Veuillez décrire les circonstances de l'accident (activité, conditions météorologiques, personnes impliquées, véhicules, animaux, machines, etc.)

2.2 Est-ce qu'un rapport de police a été établi?

 Oui Non

Si oui, par quel poste de police?

3 Assurances

3.1 Quel était votre employeur au moment de l'accident?

Nom de l'employeur	Rue, numéro
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/Localité	Nombre d'heures par semaine
<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2 Connaissez-vous l'assurance-accidents de votre employeur?

Oui Non

Si oui, nom de l'assurance?

Nom de l'assurance

Numéro de sinistre

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

4 Blessures

4.1 Quelle blessure avez-vous subie?

Type de blessure

Partie du corps

Droite

Gauche

4.2 Qui vous a traité(e) en premier (médecin/hôpital/dentiste)?

Nom

NPA/Localité

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

4.3 Avez-vous d'autres assurances contre les accidents?

Oui Non

Si oui, nous vous prions de joindre une copie de votre police.

Nom de l'assurance

Nom de l'agence

Numéro de police

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

5 Remarques

Veillez confirmer les indications par votre signature. Merci de votre collaboration.

Le/la soussigné(e) déclare avoir répondu à toutes les questions de ce formulaire de manière complète et conforme à la vérité.

Le/la soussigné(e) cède à la CSS Assurance son droit à réparation d'un dommage fondé sur la responsabilité civile résultant de l'accident précité, jusqu'à concurrence des prestations qu'elle alloue, et prend acte que la CSS Assurance peut faire valoir ses droits envers des tiers.

Par la signature de ce formulaire, le/la soussigné(e) autorise la CSS Assurance à communiquer à tout moment des renseignements à des médecins ou à d'autres fournisseurs de prestations, aux assureurs sociaux et privés, ainsi qu'aux autorités ou à leurs médecins de sociétés ou médecins-conseils, dans le respect des dispositions légales sur la protection des données, ou à recueillir auprès de ceux-ci les renseignements nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance.

Dans ces cas, les instances impliquées sont déliées de leur obligation de garder le secret et de leur secret professionnel vis-à-vis de la CSS Assurance.

Le/la soussigné(e) a le droit de demander des renseignements sur le traitement des données le ou la concernant.

L'autorisation de traiter les données peut être révoquée en tout temps.

*Entités juridiques pour l'assurance de base (LAMal): CSS Assurance-maladie SA, INTRAS Assurance-maladie SA, Arcosana SA

*Entité juridique pour les assurances complémentaires (LCA): CSS Assurance SA ou INTRAS Assurance SA

Vous trouvez votre entité juridique pour l'assurance de base (LAMal) et pour les assurances complémentaires (LCA) sur votre police d'assurance.

Lieu

Date

Signature de la personne assurée ou de son représentant légal

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

A envoyer à:
CSS Assurance
Centre de compétences Assurances spéciales
Case postale 2568
6002 Lucerne