

Une tierce personne est-elle responsable de l'accident ? Oui Non

Si oui, adresse de la personne responsable :

.....
.....

Un rapport de police a-t-il été établi ? Oui Non

Si oui, adresse du fonctionnaire responsable :

.....
.....

Blessures

Nature du dommage :

.....
.....
.....
.....

Partie du corps concernée :

- droite
 gauche

Premier médecin/dentiste/hôpital traitant :

.....
.....
.....
.....

Médecin/dentiste/hôpital traitant dans un deuxième temps :

.....
.....
.....

Etes-vous/étiez-vous en incapacité de travail ? Oui Non

Si oui, à % depuis le au

Autres assurances

Parmi les assureurs mentionnés ci-dessous, quels sont ceux qui vous assurent contre les accidents et pour quelle couverture pour l'assurance obligatoire et complémentaire ? Merci de remplir ce qui convient. S'il n'y pas d'autres assurances, merci de toujours cocher « Non ».

Assurance	Assureur	Couverture d'assurance
Assurance-accidents obligatoire de l'employeur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom : N° sinistre :	Selon LAA
Assurance complémentaire à l'assurance-accidents obligatoire ? <input type="checkbox"/> Oui	Nom, agence: N° police :	Quelle est la couverture frais de guérison ?

Assurance-accidents privée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom, agence: N° police :	Couverture frais de guérison ? <input type="checkbox"/> complète <input type="checkbox"/> en complément de l'assurance-maladie <input type="checkbox"/> aucune
Autre assurance d'indemnité journalière ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nom, agence: N° police :	Délai d'attente : jours CHF/jour % du salaire
Recevez-vous une rente de l'assurance-invalidité fédérale de la SUVA, LAA, assurance militaire ou d'une assurance privée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, de quelle assurance : Depuis quand ? Taux d'invalidité :%		

Le soussigné reconnaît avoir répondu de façon complète et conforme à la vérité à toutes les questions et autorise *innova* à s'enquérir de tout renseignement nécessaire à l'appréciation de son devoir de prestation auprès de toute personne du domaine médical ou thérapeutique, auprès de toute administration, d'autres compagnies d'assurance ainsi qu'auprès de l'employeur, et les libère du secret professionnel et du secret médical envers *innova*.

Lieu et date

Signature de l'assuré ou de son représentant légal