

## Formulaire d'accident

Assuré
--------

N° de police
--------------

**Veillez noter que les champs marqués d'un astérisque (\*) sont obligatoires. Incomplet ce formulaire vous sera retourné.**

### 1. Questions générales\*

1. Nom de l'individu blessé		Date de naissance (jour, mois, année)
Numéro de téléphone (+ code du pays/code de la zone)		
2. Date de l'accident		Heure de l'accident
3. Lieu précis de l'accident (adresse complète)		
4. La police est-elle intervenue ? Si oui, veuillez nous fournir le rapport de police.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Êtes-vous représenté(e) par un avocat ou un tiers par rapport à cet accident ? Si oui, veuillez fournir toutes les coordonnées y compris le numéro de dossier :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Est-ce que l'alcool/drogue a été un facteur ayant contribué à l'accident ? Si oui, veuillez fournir les détails :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Est-ce qu'une prise de sang a été effectuée afin d'analyser la consommation d'alcool/drogue ? Si oui, veuillez nous fournir une copie des résultats.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. Description du préjudice subi (ex. nature du préjudice, partie du corps blessée)		
9. Les premiers soins ont été donnés :		
a) Dans un cabinet médical (nom et adresse de l'établissement)		Date(s) (de – à)
b) Dans un hôpital (soins ambulatoires) (nom et adresse de l'établissement)		Date(s) (de – à)
c) Dans un hôpital (soins avec hospitalisation) (nom et adresse de l'établissement)		Date(s) (de – à)

## 2. Accidents de travail

1. Profession

2. Est-ce que l'accident s'est produit

- sur le lieu de travail habituel ?
- en dehors du lieu de travail habituel (voyage d'affaires, délégation à court terme, etc.) ?
- au cours du trajet entre le domicile et le lieu de travail ?
- en pratiquant une activité sportive à titre professionnel ?

3. Êtes-vous

- un employé ?
- un indépendant ?

Si les deux cas s'appliquent, veuillez spécifier :

4. Si vous êtes un employé :

Est-ce que votre employeur bénéficie d'une assurance couvrant les accidents de travail ?  Oui  Non

L'accident de travail a-t-il été déclaré à votre employeur ?  Oui  Non

5. Si vous êtes indépendant :

Disposez-vous d'une assurance couvrant les accidents de travail ?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les coordonnées complètes :

## 3. Accidents pré-scolaires et scolaires

1. Est-ce que l'accident s'est produit

- au sein de l'établissement pré-scolaire/scolaire?
- au cours du trajet entre le domicile et l'établissement pré-scolaire/scolaire ?
- au sein de l'établissement pré-scolaire/scolaire en dehors des heures pré-scolaires/scolaires?

Si aucun des cas ci-dessus ne s'applique, veuillez spécifier :

## 4. Accidents de loisirs

1. Est-ce que l'accident s'est produit

- lors d'un événement sponsorisé/organisé par votre employeur (marathon, volleyball etc.) ?
- lors d'une activité sportive au sein d'un club de sport ?

Si vous êtes membre d'un club de sport, bénéficie-t-il d'une assurance couvrant les accidents ?  Oui  Non

Veuillez fournir les coordonnées complètes du club de sport :

- lors d'une activité de loisirs autre que celles susmentionnées (jogging, skating, ski etc.) ?

Veuillez spécifier :

## 5. Accidents de la route

### 1. Étiez-vous

à pied ?

à vélo ?

le conducteur du véhicule (indiquez le numéro d'immatriculation)

un passager du véhicule (indiquez le numéro d'immatriculation)

Si vous étiez dans un véhicule, portiez-vous une ceinture de sécurité ?

Oui

Non

Si vous conduisiez une moto/vélocycle au moment de l'accident, portiez-vous un casque ?

Oui

Non

### 2. Nom et adresse du conducteur du véhicule

Est-ce qu'une prise de sang a été prélevée sur le conducteur afin d'analyser la consommation d'alcool/drogue ?

Oui

Non

Si oui, veuillez fournir les résultats.

### 3. Nom et adresse du propriétaire du véhicule

Compagnie d'assurance automobile (nom et adresse)

Numéro de police

4. Est-ce qu'un autre véhicule a été impliqué dans l'accident ?

Oui

Non

Si oui, veuillez fournir le numéro d'immatriculation du véhicule impliqué :

Nom et adresse du conducteur du véhicule impliqué

Nom et adresse du propriétaire du véhicule impliqué

Compagnie d'assurance automobile (nom et adresse)

Numéro de police

5. Avez-vous fait (ou êtes-vous en train de faire) une (des) demande(s) d'indemnisation auprès de l'assurance du tiers impliqué ?

Oui

Non

Une demande d'indemnisation a-t-elle été adressée à votre rencontre ?

Oui

Non

## 6. Accidents provoqués par un tiers

1. Est-ce que l'accident a été causé par un tiers ?

Oui

Non

Si oui, est-ce que l'accident a été causé par un animal ?

Oui

Non

Nom et adresse de la personne ayant provoqué l'accident (ou du propriétaire de l'animal)

Nom et adresse de l'assurance responsabilité civile du tiers ayant provoqué l'accident (ou du propriétaire de l'animal)

Numéro de police

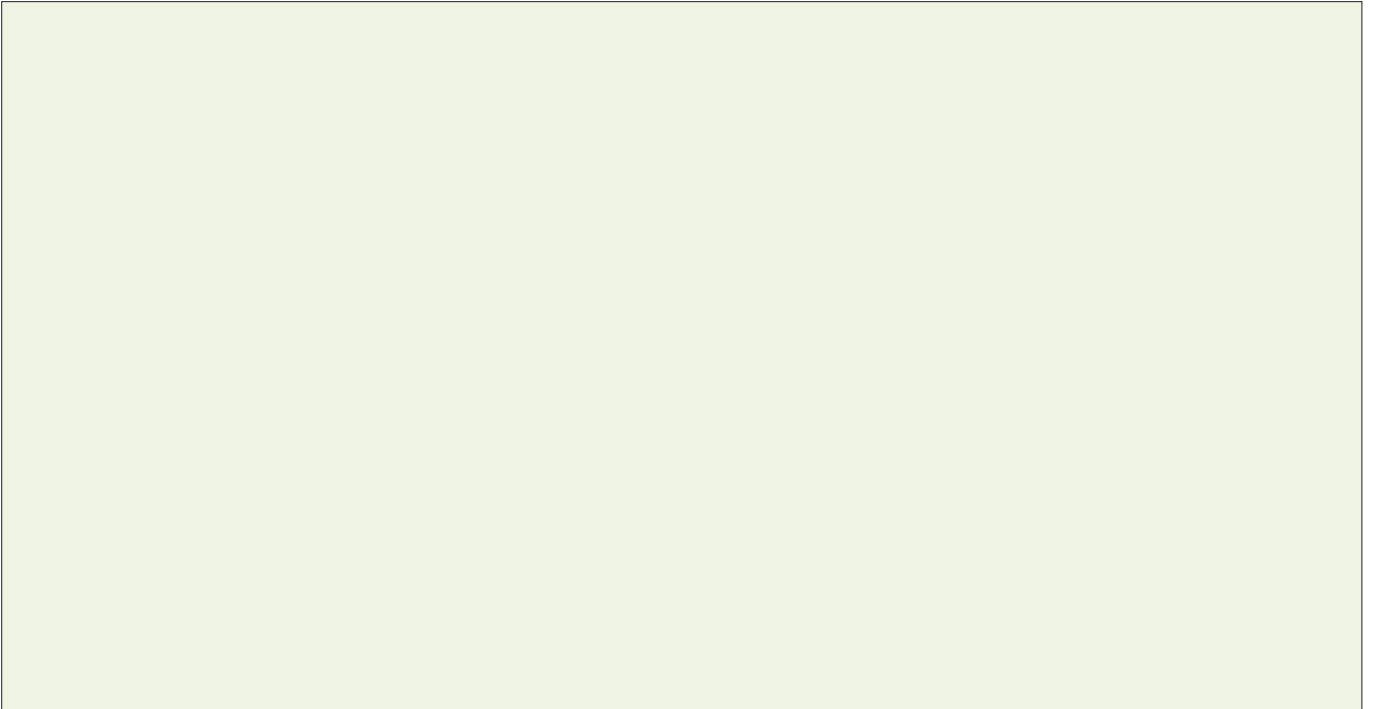
Avez-vous fait (ou êtes-vous en train de faire) une (des) demande(s) d'indemnisation auprès de l'assurance responsabilité civile du tiers ?

Oui

Non

Nom et adresse d'éventuels témoins de l'accident

**7. Description détaillée de l'accident, y compris un schéma, si applicable\***



J'ai lu les informations fournies sur ce formulaire. J'atteste qu'à ma connaissance ces informations (ainsi que toute pièce jointe) sont authentiques et exactes. Je comprends qu'une déclaration qui s'avère être fausse et inexacte est sanctionnée par la loi et que je suis susceptible de faire l'objet de poursuites. La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations.

Je comprends que Foyer Global Health S.A. peut exiger des renseignements complémentaires avant de traiter ma demande d'indemnisation. Je comprends également que Foyer Global Health S.A. n'est pas tenu de verser des prestations si je refuse de fournir ces renseignements complémentaires sans motif adéquat.

---

Lieu et date

---

Signature