

Avis de sinistre: accident

Schadenanzeige: Unfall

N° de police (à indiquer par l'assuré): _____
Versicherungsnummer (vom Versicherten anzugeben):

Agent: _____ **Sinistre N°:** _____
Agentur: _____ Schadennummer:

Nom et prénom du preneur d'assurance: _____
Name und Vorname des Versicherungsnehmers:

Adresse: _____
Anschrift:

N° de tél.: _____ **GSM:** _____
Telefonnummer:

Coordonnées bancaires: **Nom Banque / Name Bank:** _____
Bankdaten **Code-BIC:** _____
IBAN: _____

Nom et prénom de l'assuré: _____
Name und Vorname des Versicherten:

Adresse: _____
Anschrift:

N° de tél.: _____ **GSM:** _____
Telefonnummer:

Matricule sociale de l'assuré: _____
Soziale Versicherungsnummer des Versicherten:

Coordonnées bancaires: **Banque / Bank:** _____
Bankdaten **Code-BIC:** _____
IBAN: _____

Questions / Fragen

1. Quand l'accident s'est-il produit? _____ Date _____ Heure _____
Wann ist der Schaden entstanden? _____ Datum _____ Stunde _____

2. Localité et endroit exacts de l'accident: _____
Ortschaft und präzise Stelle des Unfalls: _____

3. L'accident s'est-il produit:
Handelt es sich um:
(cocher la case qui convient / zutreffendes ankreuzen)

pendant votre vie privée / einen Unfall im Privatleben
 pendant votre vie professionnelle / einen Arbeitsunfall
 sur le trajet direct aller/retour vers/de votre lieu de travail / einen
Wegeunfall (auf der direkten Hin- oder Rückfahrt zu/von Ihrem Arbeitsplatz)

4. L'accident a-t-il été déclaré à l'Assurance Accidents-Industriels? oui non
Wurde der Unfall der gewerblichen Unfallversicherung gemeldet? ja nein

5. Dans quelles circonstances a eu lieu l'accident? _____
Wie ist der Unfall entstanden? _____

6. Quelle est la cause exacte de l'accident? _____
Welches ist die genaue Unfallursache? _____

7. Nom, prénom et adresse de témoins oculaires: _____
Name, Vorname und Anschrift von Augenzeugen: _____

8. Nom, prénom et adresse du présumé responsable de l'accident: _____
Name, Vorname und Anschrift des mutmasslichen Unfallverursachers: _____

En cas d'accident de la circulation, veuillez indiquer:

Im Falle eines Verkehrsunfalls geben Sie bitte an:

- nom et adresse du propriétaire du véhicule: _____
Name und Anschrift des Fahrzeugbesitzers: _____

- nom et adresse de l'assureur RC Auto: _____
Name und Anschrift des Kfz-Haftpflichtversicherers: _____

- N° de la police d'assurance: _____
Versicherungsnummer: _____

9. Est-ce que la police était sur place? oui non
War die Polizei an Ort und Stelle? ja nein

Si oui, un procès-verbal a-t-il été dressé? oui non
Wenn ja, wurde Protokoll erstellt? ja nein

Si oui, par quel poste de police? _____
Wenn ja, von welcher Polizeidienststelle?

Indiquez le numéro du procès-verbal: _____
Nummer des Protokolls bitte angeben:

10. Y a-t-il eu transport par ambulance? oui non
Wurde ein Krankenwagen in Anspruch genommen? ja nein

Si oui, par quel centre d'intervention? _____
Wenn ja, von welcher Rettungseinheit?

Loi du 2 août 2002

De convention expresse et conformément à la loi du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du tritement des données à caractère personnel, vous autorisez la Baloise à enregistrer et à traiter les données que vous lui avez communiquées, ainsi que celles qui seront recueillies ultérieurement en vue d'apprécier les risques, de préparer, d'établir, de gérer, d'exécuter les contrats d'assurance, de régler d'éventuels sinistres et de prévenir toute fraude.

Le responsable du traitement est Baloise Assurances Luxembourg S.A. Il peut communiquer ces données à des courtiers, agents et autres mandataires, assureurs, réassureurs, et professionnels du secteur financier, sociétés de son groupe, organismes professionnels concernés, ainsi qu'aux organismes auxquels la Baloise est légalement tenue de communiquer vos données.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données.

La durée de conservation de celles-ci est limitée à la durée du contrat d'assurance et à la période pendant laquelle la conservation des données est nécessaire pour permettre à la Baloise de respecter ses obligations en fonction des délais de prescription ou d'autres obligations légales.

Gesetz vom 2 August 2002

Gemäß dem Gesetz vom 2. August 2002 betreffend den persönlichen Datenschutz ermächtigen Sie die Versicherungsgesellschaft Baloise Assurances Luxembourg S.A., die Sie uns zur Verfügung gestellt haben, sowie die Daten, die Sie zu einem späteren Zeitpunkt verfügbar machen werden, um das Risiko abzuschätzen, die Versicherungsverträge vorzubereiten, zu erstellen, zu verwalten und zu erfüllen, allfällige Schäden zu regeln und etwaigem Betrug vorzubeugen, zu erfassen und zu verarbeiten.

Baloise Assurances Luxembourg S.A. trägt die Verantwortung für die Benutzung der Daten. Sie kann die Daten sowohl an Makler, Agenten und andere Bevollmächtigte, Versicherer, Rückversicherer und Berufstätige des Finanzsektors, Gesellschaften ihres Konzerns als auch an diesbezügliche berufliche Vereinigungen weiterleiten sowie auch an Einrichtungen, die das Gesetz der Versicherungsgesellschaft ausdrücklich vorschreibt.

Sie haben ein Zugriffsrecht auf Ihre Daten sowie das Recht, die Daten zu korrigieren.

Die Aufbewahrungspflicht für diese Daten beschränkt sich auf die Dauer des Versicherungsvertrags sowie auf den von der Gesellschaft für die Aufbewahrung der Daten benötigten Zeitraum, um ihren Verpflichtungen hinsichtlich der gesetzlichen Verjährungsfrist und anderen rechtlichen Vorschriften nachzukommen.

Le/la soussigné(e) déclare avoir répondu à toutes les questions consciencieusement et conformément à la vérité.

Le/la soussigné(e) déclare en outre avoir lu et approuvé le texte concernant la loi du 2 août 2002.

Die/der Unterzeichnete(r) erklärt alle Fragen wahrheitsgetreu und nach bestem Wissen beantwortet zu haben.

Die/der Unterzeichnete(r) erklärt außerdem, den Text betreffend das Gesetz vom 2. August 2002 gelesen und gebilligt zu haben.

Lieu et date
Ort und Datum

Signature du preneur d'assurance
Unterschrift des Versicherungsnehmers

Assurance Accident / Unfallversicherung

Certificat médical / Arztliches Attest

Le certificat médical est à remplir par le médecin traitant. Les frais d'établissement du certificat sont à charge de l'assuré.
Das ärztliche Attest ist vom behandelnden Arzt auszufüllen. Die Kosten des Attestes sind zu Lasten des Versicherten.

Du médecin traitant, Docteur _____
Vom behandelnden Arzt DR

Date du sinistre: _____ Sinistre N°: _____
Schadendatum: _____ Schadennummer: _____

Nom et prénom de la victime: _____
Name und Vorname des Geschädigten: _____

Profession: _____ N° matricule sociale: _____
Beruf: _____ soziale Versicherungsnummer: _____

1. Quand ont été donnés les premiers soins? _____
Wann wurde die Unfallerstversorgung geleistet? _____
Par quel médecin? (nom et adresse): _____
Durch welchen Arzt? (Name und Anschrift) _____

2. Diagnostic initial du médecin traitant: _____
Erstdiagnose des behandelnden Arztes: _____

3. Y a-t-il danger de mort? oui non
Besteht Lebensgefahr? ja nein

4. Est-ce que la victime a été/est hospitalisée? oui non
Ist der Geschädigte in ein Krankenhaus eingewiesen worden? ja nein

Si oui a) dans quel établissement? _____
Wenn ja in welches Krankenhaus?
b) pour combien de temps? _____ jours / semaines / mois
für wie lange? Tage / Wochen / Monate

5. L'incapacité de travail est prévue à: _____ % pendant _____ jours / semaines / mois
 Dauer der voraussichtlichen Arbeitsunfähigkeit: _____ % während _____ Tagen / Wochen / Monaten

_____ % pendant _____ jours / semaines / mois
 _____ % während _____ Tagen / Wochen / Monaten

_____ % pendant _____ jours / semaines / mois
 _____ % während _____ Tagen / Wochen / Monaten

_____ % pendant _____ jours / semaines / mois
 _____ % während _____ Tagen / Wochen / Monaten

_____ % pendant _____ jours / semaines / mois
 _____ % während _____ Tagen / Wochen / Monaten

6. Doit-on prévoir une invalidité partielle permanente (IPP)? oui _____ % non
 Muss man eine dauerhafte Teilinvalidität vorsehen? ja nein

7. La consolidation est prévue pour: _____
 Datum an dem der Heilungsprozess voraussichtlich abgeschlossen ist:

8. Est-ce que les blessures sont directement en relation causale avec le sinistre? oui non
 Stehen die Verletzungen im direkten kausalen Zusammenhang mit dem Schadenfall? ja nein

9. En cas d'accident de voiture, est-ce que la victime a porté la ceinture de sécurité? oui non
 Im Fall eines Autounfalls trug der Geschädigte den Sicherheitsgurt? ja nein

10. Quels sont les éventuels antécédents (même maladiés) en relation avec les blessures constatées?
 Gibt es eine traumatische/pathologische Vorgeschichte zu den erlittenen Verletzungen?

11. Observations: _____
 Bemerkungen: _____

_____, le _____ 20 ____
 den

le médecin traitant: _____
 der behandelnde Arzt: