

# 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 maladifs) 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: