

Vaudoise Générale, Compagnie d'assurances SA, Place de Milan, 1001 Lausanne  
Tél. 0800 811 911 Fax 021 618 85 16 sinistres@vaudoise.ch

<b>1. Preneur d'assurances</b>	Nom, prénom		No de sinistre	
	Adresse		No de contrat	
	No postal / localité		No de téléphone	
	Mail		No de fax	
<b>2. Blessé</b>	Nom, prénom		Etat civil	
	Adresse		Enfants de moins de 18 ans ou 25 ans en formation	Nombre
	No postal / localité		Prénom du père (si blessé mineur)	
	Date de naissance	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Caisse maladie	
	Mail		Téléphone	
	CCP / Banque - compte		Natel	
<b>3. Si contrat de travail</b>	Profession exercée			
	Employeur si différent du preneur d'assurances			
	Occupation	Taux % <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> irrégulière		
	Chômage	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> total		
<b>4. Accident</b>	Date (jj.mm.ssaa)	Heure (hh:mm)		
	Type d'accident	<input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> accident dentaire <input type="checkbox"/> accident scolaire <input type="checkbox"/> rechute		
	Si accident scolaire lieu de survenance	<input type="checkbox"/> cours de l'école <input type="checkbox"/> chemin de l'école <input type="checkbox"/> en classe <input type="checkbox"/> salle de sports <input type="checkbox"/> course d'école		
		<input type="checkbox"/> manifestation scolaire <input type="checkbox"/> camp scolaire <input type="checkbox"/> autre		
	Véhicule	<input type="checkbox"/> passager <input type="checkbox"/> conducteur <input type="checkbox"/> voiture <input type="checkbox"/> moto-scooter <input type="checkbox"/> cyclomoteur <input type="checkbox"/> vélo <input type="checkbox"/> autre véhicule		
	Rue ou lieu dit			
	Localité			
Description de l'accident				
<b>5. Blessure</b>	Partie du corps atteinte	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée		
	Type de lésion			
<b>6. Constat</b>	Rapport de police	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu		
	Témoins (nom, prénom, localité)			
	Tiers responsables (nom, prénom, localité)			
<b>7. Adresses médecins</b>	Premiers soins			
	Suite du traitement			
<b>8. Incapacité de travail</b>	Travail interrompu	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui depuis quand :	Incapacité de travail > 1 mois	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Travail repris le	<input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps partiel		
<b>9. Salaire à compléter seulement si l'indemnité journalière est calculée sur la base du salaire AVS</b>		CHF par	Heure	Mois
	Salaire de base (brut, y c. renchérissement)			
	Indemnités vacances/jours fériés (% ou CHF)			
	Gratification / 13ème salaire (% ou CHF)			
	Autre allocation - genre:			
<b>10. Prestations d'assurances sociales</b>	L'assuré(e) a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale : Caisse maladie, assurance LAA, invalidité, vieillesse et survivants, militaire, chômage ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui lesquelles		
	En cas d'envoi électronique, la Vaudoise Assurances renonce aux signatures manuscrites			
Lieu et date:	Nom du signataire:	Timbre et signature du preneur d'assurances:		