

TIERS RESPONSABLE / DRITTVERANTWORTLICHER

Coordonnées du tiers responsable
Kontaktdaten des Drittverantwortlichen

Assureur du tiers responsable
Versicherer des Drittverantwortlichen

TÉMOINS / ZEUGEN

Coordonnées des témoins
Kontaktdaten der Zeugen

Hôpital
Krankenhaus

Nom et adresse du médecin traitant
Name und Adresse des behandelnden Arztes

Date et heure de la première consultation médicale
Datum und Uhrzeit der ersten ärztlichen Besprechung

Nature des blessures
Art der Verletzungen

Durée de l'hospitalisation
Dauer des Krankenhausaufenthaltes

Durée du traitement médical prévu
Voraussichtliche ärztliche Behandlungsdauer

L'accident a-t-il entraîné une incapacité de travail?
Ist durch den Unfall eine Arbeitsunfähigkeit erfolgt?

Taux et durée de l'incapacité de travail
Prozentsatz und Dauer der Arbeitsunfähigkeit

L'assuré a-t-il déjà reçu une indemnité de notre compagnie?
Hat der Versicherte von unserer Gesellschaft schon früher eine Entschädigung erhalten?

Quand et pour quel montant?
Wann und in Höhe welcher Summe?

Existe-t-il des assurances contre les accidents auprès d'autres compagnies d'assurance?
Bestehen Unfallversicherungen bei anderen Versicherungsgesellschaften?

Si oui, depuis quand, auprès de quelle(s) compagnie(s) et pour quels montants? Wenn ja, seit wann, bei welcher /welchen Gesellschaft(en) und in Höhe welcher Summen?
L'assuré est-il membre d'une Caisse de Maladie? Ist der Versicherte Mitglied einer Krankenkasse?
Si oui, auprès de laquelle / lesquelles? Wenn ja, bei welcher / welchen?

Assurance Responsabilité Civile de la partie adverse? Haftpflichtversicherung der Gegenpartei?
---	----------------

Autres remarques / Sonstige Anmerkungen

.....

Je certifie par ma signature que les déclarations ont été faites de bonne foi. Je suis pleinement conscient(e) que je dois remettre immédiatement à la compagnie toute pièce relative au sinistre déclaré, conformément aux conditions générales de mon contrat d'assurance.
 Ich bescheinige durch meine Unterschrift, vorstehende Angaben in gutem Glauben gemacht zu haben. Es ist mir bekannt, dass ich gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen verpflichtet bin, alle Schriftstücke die mir zugehen und welche sich auf den Schadenfall beziehen, unverzüglich an die Gesellschaft weiter zu leiten.

..... le / den
 (Signature de l'assuré(e) / Unterschrift des / der Versicherten)