



<b>Lésions</b>	Nature des lésions
	Partie du corps touchée (gauche/droite)
<b>Traitement</b>	Premier médecin traitant resp. hôpital
	Suite de traitement par
	Traitement terminé <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Incapacité de travail</b>	De % à partir du jusqu'au
<b>Témoin</b>	Nom et prénom
	Rue
	NPA et localité
<b>Rapport de police</b>	Un rapport de police a-t-il été dressé? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Par le service officiel de
<b>Accident de circulation</b>	<b>Véhicule de notre assuré/e</b>
	Notre assuré/e était-il/elle <input type="checkbox"/> conducteur? <input type="checkbox"/> passager? <input type="checkbox"/> détenteur?
	No de plaque du véhicule
	Existe-t-il une assurance occupants? <input type="checkbox"/> oui (svp joindre copie de la police) <input type="checkbox"/> non
	<b>Véhicule du tiers responsable</b>
	Nom et prénom du détenteur
	Rue
	NPA et localité
	Genre de véhicule
	No de plaque
	Assurance RC
	<b>Autres assurances</b>
Avez-vous une assurance accident? <input type="checkbox"/> oui (svp joindre copie de la police) <input type="checkbox"/> non	
Nom de l'assurance	

Le/la soussigné/e autorise la SWICA à obtenir les renseignements nécessaires à l'examen de l'obligation de prestations et d'éventuelles prétentions de recours auprès de toutes les instances privées et publiques, ainsi qu'auprès d'autres compagnies d'assurances. Il/elle libère le personnel médical du secret médical et les autres instances d'un éventuel secret professionnel. Cette procuration peut être résiliée en tout temps.

A concurrence du montant des prestations versées par la SWICA, l'ayant droit aux prestations cède à cette dernière l'ensemble de ses prétentions à l'égard du tiers responsable ou de tout tiers tenu au versement de prestations.

Lieu et date:

Signature de l'assuré/e  
ou de son représentant légal

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_