

Déclaration d'accident

Nom du membre	
Adresse	
Date de naissance	
Membre de l'OGBL depuis	
Employeur (nom + adresse)	

1

Quand et où a eu lieu l'accident ?	
Pendant quelle occupation (ex. voyage, sport) ?	
Comment s'est produit l'accident ?	

2

Quel poste de police a établi un protocole de l'accident ?				
Est-ce qu'un alcootest a été réalisé ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Résultats :	

3

La personne blessée conduisait-elle le véhicule ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Si oui	Permis de conduire depuis :	
	Catégorie :	
	Marque du véhicule :	

4

Accident aux conséquences mortelles ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
De quel genre de blessure s'agit-il ?		
Quelles parties du corps sont blessées ?		
Faut-il compter avec une invalidité de min. 10% ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Nom et adresse du médecin traitant :		

Lieu :

Date :

Signature du blessé ou de son mandataire

RESERVÉ AU SERVICE « GESTION DES MEMBRES »

Membre depuis :

Matricule OGBL :

Retourné en copie à l'intéressé avec information :

Transmis à l'assurance Baloise Assurances pour indemnisation

Date de transmission :

Affaire déclinée

Membre averti le :

Raison :

Date :

Cachet et signature :