

Déclaration d'accident | Unfallmeldung | Accident notification

Nom du membre :
Name des Mitglieds :
Member's name :

Adresse :
Anschrift :
Address :

Date de naissance :
Geburtsdatum :
Date of birth :

Membre de l'OGBL depuis :
OGBL-Mitglied seit :
OGBL member since :

Employeur (nom + adresse) :
Arbeitgeber (Name + Anschrift) :
Employer (name + address) :

1

Quand et où a eu lieu l'accident?
Ort und Zeitpunkt des Unfalls?
Place and time of the accident?

Pendant quelle occupation (ex. voyage, sport)?
Während welcher Tätigkeit (z.B. Reise, Sport)?
During which activity (e.g. travel, sports)?

Comment s'est produit l'accident?
Wie kam es zu dem Unfall?
How did the accident happen?

2

Quel poste de police a établi un protocole de l'accident?
Welche Polizeidienststelle hat einen Unfallbericht erstellt?
Which police station has drawn up an accident report?

Est-ce qu'un alcooltest a été réalisé? <i>Wurde ein Alkoholtest durchgeführt?</i> Was an alcohol test carried out?	<input type="checkbox"/> Non <i>Nein</i> No	<input type="checkbox"/> Oui <i>Ja</i> Yes	Résultat <i>Resultat</i> Result
--	---	--	---------------------------------------

3

La personne blessée conduisait-elle le véhicule?
Wurde das Fahrzeug vom Unfallopfer gesteuert?
Did the injured person drive the vehicle?

Si oui | Falls ja | If yes

Permis de conduire depuis : <i>Führerschein seit :</i> Driver's licence since :	Catégorie : <i>Kategorie :</i> Category :	Marque du véhicule : <i>Fahrzeugmarke :</i> Vehicle make :
---	---	--

4

Accident aux conséquences mortelles ? Non | *Nein* | No Oui | *Ja* | Yes

Unfall mit tödlichen Folgen?

Accidents with fatal consequences ?

De quel genre de blessure s'agit-il ?

Welcher Art ist die Verletzung?

What kind of injury does it involve?

Quelles parties du corps sont blessées ?

Welche Körperteile sind verletzt ?

Which parts of the body are injured ?

Faut-il compter avec une invalidité de min. 10% ? Non | *Nein* | No Oui | *Ja* | Yes

Ist mit einer Invalidität von mindestens 10% zu rechnen ?

Is a minimum 10% invalidity required ?

Nom et adresse du médecin traitant :

Name und Anschrift des behandelnden Arztes :

Name and address of attending doctor :

Lieu | *Ort* | Location : _____

Date | *Datum* | Date : _____

Signature du blessé ou de son mandataire | *Unterschrift des Verletzten oder seines Unterschriftberechtigten* | Signature of the injured person or their representative :

**RESERVE AU SERVICE « GESTION DES MEMBRES »
DER ABTEILUNG „MITGLIEDERVERWALTUNG“ VORBEHALTEN
RESERVED FOR THE 'MEMBER MANAGEMENT' SERVICE**

Membre depuis :

Matricule de membre 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 :