

*Veillez remplir ce formulaire pour tout accident et le retourner à l'Assurance maladie.*

*Merci*

**FORMULAIRE DE DECLARATION D'ACCIDENT**

*(Veillez remplir le formulaire avec tous les détails svp)*

ACCIDENT DU TRAVAIL  \*TIERS RESPONSABLE  AUTRES

**Nom:** \_\_\_\_\_ **No. d'ass.:** \_\_\_\_\_ **No. tél.:** \_\_\_\_\_

Date d'accident: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Lieu d'accident: \_\_\_\_\_

L'heure d'accident: \_\_ hrs. \_\_ min. \*Témoïn(s): \_\_\_\_\_

\*Nom du tiers: \_\_\_\_\_ No. tél: \_\_\_\_\_

\*Société d'assurance du tiers : \_\_\_\_\_

\*Un rapport de police a-t-il été établi ? : Oui  Non  par qui ? \_\_\_\_\_

Avez-vous droit à des remboursements par une autre assurance (scolaire, club sport, carte-neige, etc) ? : Oui   
Non

Si oui, nom de l'assurance \_\_\_\_\_

Description d'accident (*Veillez noter que, si la description n'est pas suffisamment détaillée, la demande de remboursement pourra être retournée à l'assuré(e)*)

---



---



---

Je certifie que les informations ci-dessus sont correctes.

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Signature :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

*Formulaire à retourner à l'Assurance maladie.*

**Contactez UNSMIS au / Contact UNSMIS at :**  
Centre d'assistance à la clientèle / Client Support Centre  
Palais des Nations, bureau S-035 / office S-035  
Courriel / Email : [unsmis@un.org](mailto:unsmis@un.org)  
Téléphone : 022-917 99 99  
**Ouvert du Lundi au Vendredi de 10h à 16h**  
**Open Monday to Friday from 10am to 4pm**