

Déclaration d'accident LAA

N° de sinistre			
1. Employeur	Tél.:	N° de police:	
	Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:	
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:
	Rue:	Etat civil:	Pays de résidence:
	NPA:	Nationalité:	Type de permis de séjour:
	Domicile:	Tél. du blessé:	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans <input type="checkbox"/> enfant(s) <input type="checkbox"/> aucun
3. Engagement	Date d'engagement:	Profession exercée:	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur	<input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire	
	Rapport de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée > date de fin de contrat:	<input type="checkbox"/> contrat de travail résilié > date de résiliation:	
	Horaire de travail du blessé: heures par semaine	Taux d'occupation contractuel: %	
	Horaire usuel de travail à temps complet dans l'entreprise: heures par semaine	Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel	
4. Date de l'accident	Jour/Mois/Année:	Heure/minute:	
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue):	<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger	
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident:		
7. Constatations	Qui a procédé aux constatations?	Coordonnées des témoins?	Ont-ils été entendus?
	Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1. 2.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
8. Accident non prof.	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)?		
	Jusqu'à:	Motif de l'absence:	
9. Blessure	Partie du corps atteinte:	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée	
	Données complémentaires:		
	Type de lésion:		
10. Incapacité de travail	Travail interrompu suite à l'accident? <input type="checkbox"/> oui, depuis le	à	% <input type="checkbox"/> non
	Le travail a-t-il été repris? <input type="checkbox"/> oui, depuis le	à	% <input type="checkbox"/> non
11. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):	
12. Salaire		CHF par	heure
		mois	année
	Salaire de base contractuel (brut)		
	Allocation de renchérissement		
	Allocation pour enfants, famille		
	Indemnités pour vacances, jours fériés en	% ou	
	Gratification, 13ème mois de salaire (et suivants) en	% ou	
	Autres compl. de sal. (p.ex. à la tâche/commission/en nature/ind.pour trav. par équipe)		
	Désignations:		
13. Autres employeurs	<input type="checkbox"/> oui, Nom/adresse: <input type="checkbox"/> non	Caisse maladie:	
14. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré a-t-il le droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale ou privée? <input type="checkbox"/> Si oui, de laquelle? <input type="checkbox"/> Non	CCP ou compte bancaire de la personne blessée (remboursement des factures de soins):	

Transmettre à:
assurance susmentionnée

Lieu et date :

Signature et timbre :

Déclaration d'accident LAA

Double pour l'employeur

N° de sinistre			
1. Employeur	Tél.:	N° de police:	
	Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:	
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:
	Rue:	Etat civil:	Pays de résidence:
	NPA:	Nationalité:	Type de permis de séjour:
	Domicile:	Tél. du blessé:	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans enfant(s) <input type="checkbox"/> aucun
3. Engagement	Date d'engagement:	Profession exercée:	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur		<input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire
	Rapport de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée > date de fin de contrat:		<input type="checkbox"/> contrat de travail résilié > date de résiliation:
	Horaire de travail du blessé: heures par semaine		Taux d'occupation contractuel: %
	Horaire usuel de travail à temps complet dans l'entreprise: heures par semaine		Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel
4. Date de l'accident	Jour/Mois/Année:	Heure/minute:	
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue):	<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger	
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident:		
7. Constatations	Qui a procédé aux constatations?	Coordonnées des témoins?	Ont-ils été entendus?
	Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1. 2.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
8. Accident non prof.	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)?		
	Jusqu'à:	Motif de l'absence:	
9. Blessure	Partie du corps atteinte:	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée	
	Données complémentaires:		
	Type de lésion:		
10. Incapacité de travail	Travail interrompu suite à l'accident? <input type="checkbox"/> oui, depuis le	à	% <input type="checkbox"/> non
	Le travail a-t-il été repris? <input type="checkbox"/> oui, depuis le	à	% <input type="checkbox"/> non
11. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):	
12. Salaire		CHF par	heure
		mois	année
	Salaire de base contractuel (brut)		
	Allocation de renchérissement		
	Allocation pour enfants, famille		
	Indemnités pour vacances, jours fériés en	% ou	
	Gratification, 13ème mois de salaire (et suivants) en	% ou	
	Autres compl. de sal. (p.ex. à la tâche/commission/en nature/ind.pour trav. par équipe)		
	Designations:		
13. Autres employeurs	<input type="checkbox"/> oui, Nom/adresse: <input type="checkbox"/> non	Caisse maladie:	
14. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré a-t-il le droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale ou privée? <input type="checkbox"/> Si oui, de laquelle? <input type="checkbox"/> Non	CCP ou compte bancaire de la personne blessée (remboursement des factures de soins):	

Feuille-accident LAA

N° de sinistre			
1. Employeur		Tél.:	N° de police:
		Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:
	Rue:		
	NPA:		
	Domicile:		
3. Date de l'accident	Jour/Mois/Année:	Heure/minute:	

Indications pour le blessé

Nous vous prions d'inscrire le **numéro de sinistre** – qui figure dans toutes nos correspondances – sur la feuille-accident et la feuille de pharmacie et de l'indiquer à chaque occasion.

La feuille-accident reste en votre possession pendant la durée du traitement; elle doit être présentée au médecin à chaque visite et remise à l'employeur après la fin du traitement. La feuille-accident ne constitue pas la garantie d'un droit aux prestations.

En cas de **changement de médecin**, veuillez prendre contact immédiatement avec l'assurance.

En tant qu'assurance-accidents obligatoire, nous couvrons les frais en division commune **lors d'un traitement hospitalier**. Pour la durée de séjour hospitalier, une participation aux frais d'entretien peut être déduite de l'indemnité journalière.

L'incapacité de travail est inscrite par le médecin sur la feuille-accident.

Lorsqu'elle n'est que partielle, il faut observer l'horaire de travail complet, sauf si le médecin en prescrit un autre pour des raisons médicales (voir l'encadré en bas à gauche). *

Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour après l'accident. L'indemnité journalière comprend 80% du gain assuré.

Les frais de voyage et de transport nécessaires vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen avantageux, adapté aux circonstances (p.ex. transports publics).

Inscription du médecin

Date de la prochaine consultation	Date de la consultation faite	Incapacité de travail		Signature du médecin
		Degré	A partir du	
*Remarques éventuelles quant à la capacité partielle				
1)	%,c.-à.d.	h par jour à	%	
2)	%,c.-à.d.	h par jour à	%	
3)	%,c.-à.d.	h par jour à	%	

Date de la prochaine consultation	Date de la consultation faite	Incapacité de travail		Signature du médecin
		Degré	A partir du	
Le traitement médical a pris fin le:		Médicaments délivrés par (nom et adresse de la pharmacie):		

Transmettre à: assuré -> médecin -> entreprise -> assurance

Date :

Timbre du médecin :

Feuille de pharmacie LAA

N° de sinistre			
1. Employeur		Tél.:	N° de police:
		Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:
	Rue:		
	NPA:		
	Domicile:		
3. Date de l'accident	Jour/Mois/Année:	Heure/minute:	

Indications pour le blessé

Lorsque l'assurance a garanti la prise en charge des frais de traitement, la pharmacie vous délivre les médicaments prescrits par le médecin sans en demander le paiement.

Veillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie. La présente feuille doit lui être remise. Nous vous prions d'inscrire ci-dessus le numéro de sinistre qui figure dans toute notre correspondance, ou de le faire inscrire à la pharmacie.

Indications pour le pharmacien

L'assurance avise le blessé lorsqu'elle prend en charge les frais de traitement. Veuillez demander à prendre connaissance de cet avis, qui constitue aussi pour vous une garantie de paiement, et reporter le numéro de sinistre qui y figure sur la présente feuille de pharmacie.

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
Total			

Joindre les ordonnances s.v.p.

Transmettre à: assuré -> pharmacie -> assurance

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'assurance.

Vous pouvez demander à l'assurance une nouvelle feuille de pharmacie en indiquant le numéro de sinistre si:

- ▶ la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante,
- ▶ des médicaments doivent être délivrés après trois mois

3	code				
----------	------	--	--	--	--

N° de CCP ou banque et N° de compte
Si le décompte se fait par l'OFAC:

Date :

Timbre de la pharmacie :