

Déclaration d'accident avec incapacité

Employeur

Informations sur l'entreprise

Raison Sociale _____
 Rue / Numéro _____
 Complément d'adresse _____
 NPA / Localité _____
 N° du contrat _____
 Unité administrative _____
 Numéro de téléphone _____
 Adresse e-mail _____
 Personne de contact _____

Personne assurée

Informations personnelles de l'assuré

Civilité Madame Monsieur
 Prénom _____
 Nom _____
 Identifiant de l'employé _____
 Etat civil Célibataire Partenaire enregistré Séparé
 Divorcé Veuf Concubin Marié
 Date de naissance _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____
 Nationalité / Permis de séjour _____
 Numéro d'assurance sociale _____
 Assurance maladie de base (LAMal) _____
 Enfant(s) à charge Oui Non
 Recevez-vous une prestation d'assurance sociale ? Oui Non
 Type de prestation AI/AVS SUVA ou autre assureur LAA
 Assurance personnelle/privée Assurance chômage LPP Assurance militaire Autre

Coordonnées de l'assuré

Pays de résidence _____
 Rue / Numéro _____
 Complément d'adresse _____
 NPA / Localité _____
 Numéro de téléphone _____
 Adresse e-mail _____

Coordonnées bancaires/postales

À qui doivent-être versées les indemnités ? Employeur Employé
 IBAN de l'employé _____

Rapport de travail

Informations contractuelles

Type de contrat Durée indéterminée Durée déterminée
 Début du contrat de travail _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____
 Fin du contrat de travail _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____
 Le contrat est-il résilié ? Oui Non
 Pour quelle échéance ? _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____
 Employé Cadre Cadre supérieur
 Fonction Apprenti Stagiaire
 Profession exercée _____
 Lieu de travail habituel _____

Description de l'accident

Horaire de travail

Temps de travail de l'assuré _____ H/semaine
 Taux d'occupation contractuel _____ %
 Horaire usuel dans l'entreprise _____ H/semaine
 Type d'occupation du poste Régulière Irrégulière
 L'entreprise est-elle au chômage partiel ? Oui Non
 Nombre de jours de home office par semaine _____ jours

Autre employeur

Raison sociale / Nom _____
 Pays _____
 Rue / Numéro _____
 Complément d'adresse _____
 NPA / Localité _____

Données de l'accident

Nature de l'accident _____
 Dernier jour de travail Date (jj/mm/aaaa) : _____
 Heure de départ du lieu de travail Heure (hh:mm) : _____
 Date de l'accident Date (jj/mm/aaaa) : _____
 Heure de l'accident Heure (hh:mm) : _____
 Motif de l'absence _____
 Lieu/endroit _____
 Description de l'accident _____

Activité au moment de l'accident _____
 Déclencheur de l'accident _____

Rapport de police

Un rapport de police a-t-il été produit ? Oui Non
 Qui a procédé aux constatations ? _____

Personne en cause ou impliquée ?

Une autre personne est-elle impliquée dans l'accident ? Oui Non

Prénom _____
 Nom _____
 Pays de résidence _____
 Rue / Numéro _____
 Complément d'adresse _____
 NPA / Localité _____

Prénom _____
 Nom _____
 Pays de résidence _____
 Rue / Numéro _____
 Complément d'adresse _____
 NPA / Localité _____

Lésions et blessures

Lésions et blessures

La personne assurée est-elle décédée ? Oui Non
Date (jj/mm/aaaa) : _____

Partie du corps atteinte _____

Côté du corps _____

Données complémentaires sur les blessures

Type de lésion _____

Soins médicaux

Premiers soins médicaux

Suite des soins médicaux _____ Adresse : _____

Adresse : _____

Incapacité de travail

Incapacité de travail

Début de l'incapacité _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Heure [hh:mm] : _____

Taux d'incapacité _____ %

Reprise du travail

Date effective de la reprise du travail _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____

Salaires

Données salariales

Assujetti à l'impôt à la source Oui Non

Montant du salaire brut _____

Périodicité annuel horaire mensuel journalier

Bonus, 13^e mois de salaire (et suivants) _____

Périodicité annuel horaire mensuel pourcentage

Autres prestations

Indemnités pour vacances, jours fériés _____

Périodicité annuel horaire mensuel pourcentage

Allocations pour enfant, famille _____

Périodicité annuel horaire mensuel

Allocation de renchérissement _____

Périodicité annuel horaire mensuel

Autres compléments de salaire _____

Montant total des compléments _____

Périodicité annuel horaire mensuel

Lieu et date : _____

Feuille accident

Accident avec incapacité

Employeur	Personne assurée
Raison Sociale _____	Civilité _____
Rue / Numéro _____	Prénom _____
Complément d'adresse _____	Nom _____
NPA / Localité _____	Date de naissance [jj/mm/aaaa] : _____
N° du contrat _____	Numéro d'assurance sociale _____
Unité administrative _____	Numéro de téléphone _____
Lieu de travail habituel _____	Date et heure de l'accident [jj/mm/aaaa] : _____ [HH:MM] : _____

Indications pour la personne assurée

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		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation faite	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		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation faite	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

Accident

Employeur	Personne assurée
Raison Sociale _____	Civilité _____
Rue / Numéro _____	Prénom _____
Complément d'adresse _____	Nom _____
NPA / Localité _____	Date de naissance [jj/mm/aaaa] : _____
N° du contrat _____	Numéro d'assurance sociale _____
Unité administrative _____	Numéro de téléphone _____
Lieu de travail habituel _____	Date et heure de l'accident [jj/mm/aaaa] : _____ [hh:mm] : _____

Indications pour la personne assurée

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 la pharmacie

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.
Joindre les ordonnances s.v.p.		Total	

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:

Transmettre à: assuré -> pharmacie -> assurance

Date

Timbre de la pharmacie