

## 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	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Prénom	_____
Nom	_____
Identifiant de l'employé	_____
Etat civil	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Partenaire enregistré <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Recevez-vous une prestation d'assurance sociale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de prestation	<input type="checkbox"/> AI/AVS <input type="checkbox"/> SUVA ou autre assureur LAA <input type="checkbox"/> Assurance personnelle/privée <input type="checkbox"/> Assurance chômage <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> Assurance militaire <input type="checkbox"/> 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-êtré versées les indemnités ?	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé
IBAN de l'employé	_____

### Rapport de travail

#### Informations contractuelles

Type de contrat	<input type="checkbox"/> Durée indéterminée <input type="checkbox"/> 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 ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour quelle échéance ?	Date (jj/mm/aaaa) : _____
Fonction	<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> 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) : \_\_\_\_\_

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<sup>e</sup> 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.
<b>Joindre les ordonnances s.v.p.</b>		<b>Total</b>	

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**