

	Accident	Domage dentaire	Maladie prof.	Rechute
Déclaration d'accident LAA				
1. Employeur Nom et adresse avec N° postal		Compagnie		Numéro de sinistre
		Numéro téléphone		Numéro de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé Nom et prénom Rue NPA et domicile Téléphone CCP ou compte bancaire Caisse maladie		Date de naissance		Numéro AVS
		Nationalité		Lieu d'origine
		Etat civil		Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans Nombre aucun
3. Engagement Date d'engagement		Activité professionnelle habituelle		
Fonction: Cadre supérieur Cadre moyen Employé / travailleur Apprenti Stagiaire		Rapports de travail: contrat de durée indéterminée contrat de durée déterminée contrat de travail résilié dès le		
Horaire de travail du blessé Occupation: irrégulière		heures par semaine chômage partiel		Horaire de travail dans l'entreprise (heures par semaine):
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute
5. Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu? (lieu, endroit)			
6. Description de l'accident	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident; personnes, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident			
7. Constata-tions	Qui a procédé aux constatations ?		Nom des témoins ? Ont-ils été entendus ? oui non	
8. Accident non professionnell	Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident ?			
9. Blessure	Partie du corps atteinte:		Nature de la lésion:	
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident ? oui non		Si oui, depuis quand (date, heure)	
11. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	
12. Salaire	CHF par		heure	jour
			mois	année
	Salaire de base (brut)			
	Ind. pour trav. par équipes			
	Allocations pour enfants / famille			
	Indemnités pour vacances, jours fériés en % ou			
	Autres compl. de sal. (p.ex. à la tâche / commission / en nature /			
	Gratification, 13e salaire en % ou			
	Imposé à la source oui non			
13. Cas spéciaux	Assurance facultative des patrons		Membre de la famille	
	Autre(s) employeur(s):		Associé	
14. Autres prestations sociales	L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une caisse-maladie, de la SUVA ou d'une autre assurance accidents obligatoire, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-vieillesse et survivants, d'une institution de prévoyance professionnelle, de l'assurance militaire de la caisse de chômage ? non Si oui, de laquelle			

Lieu et date

Timbre et signature

		Accident	Domage dentaire	Maladie prof.	Rechute		
Déclaration d'accident LAA <i>Double pour l'employeur</i>		Compagnie		Numéro de sinistre			
1. Employeur Nom et adresse avec N° postal	Numéro téléphone		Numéro de police				
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)						
2. Blessé Nom et prénom Rue NPA et domicile Téléphone CCP ou compte bancaire Caisse maladie	Date de naissance		Numéro AVS				
	Nationalité		Lieu d'origine				
	Etat civil		Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans Nombre aucun				
3. Engagement Date d'engagement	Activité professionnelle habituelle						
	Fonction:	Cadre supérieur	Cadre moyen	Rapports de travail:			
		Employé / travailleur	Stagiaire	contrat de durée indéterminée contrat de durée déterminée contrat de travail résilié dès le			
	Apprenti						
	Horaire de travail du blessé	heures par semaine		Horaire de travail dans l'entreprise (heures par semaine):			
	Occupation: irrégulière	chômage partiel					
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute			
5. Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu? (lieu, endroit)						
6. Description de l'accident	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident; personnes, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident						
7. Constata-tions	Qui a procédé aux constatations ?		Nom des témoins ?		Ont-ils été entendus ?		
					oui non		
8. Accident non professionnell	Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident ?						
9. Blessure	Partie du corps atteinte:		Nature de la lésion:				
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident ?		Si oui, depuis quand (date, heure)				
	oui	non					
11. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)				
12. Salaire			CHF par	heure	jour	mois	année
	Salaire de base (brut)						
	Ind. pour trav. par équipes						
	Allocations pour enfants / famille						
	Indemnités pour vacances, jours fériés en % ou						
	Autres compl. de sal. (p.ex. à la tâche / commission / en nature /						
	Gratification, 13e salaire en % ou						
Imposé à la source oui non							
13. Cas spéciaux	Assurance facultative des patrons		Membre de la famille		Associé		
	Autre(s) employeur(s):						
14. Autres prestations sociales	L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une caisse-maladie, de la SUVA ou d'une autre assurance accidents obligatoire, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-vieillesse et survivants, d'une institution de prévoyance professionnelle, de l'assurance militaire de la caisse de chômage ?						
	non		Si oui, de laquelle				



Accident	Dommage dentaire	Maladie prof.	Rechute
----------	------------------	---------------	---------

Feuille de pharmacie LAA

1. Employeur Nom et adresse avec N° postal	Compagnie	Numéro de sinistre				
	Numéro téléphone	Numéro de police				
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)					
2. Blessé Nom et prénom Rue NPA et domicile Téléphone CCP ou compte bancaire Caisse maladie	Date de naissance	Numéro AVS				
4. Date de l'accident <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;">Jour</td> <td style="width: 15%;">Mois</td> <td style="width: 15%;">Année</td> <td style="width: 15%;">Heure, minute</td> </tr> </table>			Jour	Mois	Année	Heure, minute
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.
- Veuillez 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 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 3 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 3 mois.

Date

Timbre de la pharmacie

N° de compte postal ou banque
Décompte par l'OFAC

Accident	Dommage dentaire	Maladie prof.	Rechute
Feuille - accident LAA		Compagnie	Numéro de sinistre
Employeur Nom et adresse avec N° postal	Numéro téléphone		Numéro de police
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
Blessé Nom et prénom Rue NPA et domicile Téléphone CCP ou compte bancaire Caisse maladie	Date de naissance		Numéro AVS
	Nationalité		Lieu d'origine
	Etat civil		Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans Nombre aucun
Engagement Date d'engagement	Activité professionnelle habituelle		
	Fonction: Cadre supérieur Cadre moyen Employé / travailleur Apprenti Stagiaire	Rapports de travail:	contrat de durée indéterminée contrat de durée déterminée contrat de travail résilié dès le
Horaire de travail du blessé Occupation: irrégulière		heures par semaine chômage partiel	Horaire de travail dans l'entreprise (heures par semaine):
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 toute notre correspondance – 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.
- **Changement de médecin.** En cas de changement de médecin, veuillez prendre contact immédiatement avec l'assurance.
- **Traitement à l'hôpital.** L'assurance-accidents selon la **LAA** couvre les frais en division commune. Pour la durée du séjour hospitalier, une participation aux frais d'entretien peut être déduite de l'indemnité journalière. L'existence d'une assurance complémentaire reste réservée.

- **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.
- **Le droit à l'indemnité journalière** découlant de l'assurance-accidents selon la LAA naît le troisième jour après l'accident. L'indemnité journalière se monte à 80 % du gain assuré. La communication que chaque assuré reçoit lors de l'acceptation de l'accident renseigne sur le paiement de l'indemnité.
- **Les frais de voyage et de transport** nécessaires vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen de transport avantageux, adapté aux circonstances (par ex. transports publics).

Inscriptions du médecin

Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
et heure de la prochaine consultation	de la consultation faite	Degré	à partir du	

Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
et heure de la prochaine consultation	de la consultation faite	Degré	à partir du	
Le traitement médical a pris fin le				

Timbre du médecin