

Déclaration de sinistre LAA

Accident Dommage dent.
 Rechute Maladie prof.

Numéro de sinistre

Voir la notice explicative pour la déclaration de sinistre au verso

1. Employeur	Nom et adresse avec no postal _____		No de tél.	No de police 495 11040.	
			Place de travail habituelle du blessé (sect. d'entreprise)		
2. Blessé	Nom et prénom _____		Date de naissance	No AVS	
	Rue _____		No de tél.	Nationalité	
	NPA	Domicile	Etat civil	Enfants jusqu'à 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans _____ nombre <input type="checkbox"/> aucun	
3. Engagement	Date d'engagement	Fin d'engagement	Profession exercée		
	Fonction <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/e/travailleur/se <input type="checkbox"/> apprenti/e <input type="checkbox"/> stagiaire				
	Rapp. de travail <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié				
	Horaire de travail du blessé: _____ jours par semaine; _____ h par semaine; Taux d'occupation _____ % Horaire de travail dans l'entreprise: _____ h 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 NP) et endroit (p.ex. atelier, rue)				
6. Faits (description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident				

Personne/s impliquée/s _____ Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu					
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)				
8. Accident non professionnel	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 d'absence _____				
9. Blessure	Partie du corps atteinte _____		<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> indéterminée
Type de lésion _____					
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, depuis quand? _____		
	Durée probable de l'incapacité de travail supérieure à 1 mois <input type="checkbox"/>		Le travail a été repris le _____		
			<input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps part. _____ %		
11. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)		
12. Salaire	Salaire de base contr. (brut), alloc. de renchérissement comp. _____		CHF par	heure	mois
	Allocations pour enfants, famille _____				année
	Indemnités pour vacances, jours fériés _____ en % ou				
	Gratification, 13e mois de salaire (et suivants) _____ en % ou				
	Autres compl. de salaire (p.ex. à la tâche/commis./en nature/ind. pour trav. en équipe)				
Désignation _____					
13. Cas spéciaux	<input type="checkbox"/> Assurance facult. des patrons <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> soumis à l'impôt perçu à la source <input type="checkbox"/> Autre/s employeur/s _____				
14. Autres prestations d'assurances 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? Si oui, de laquelle? _____				
15. Caisse maladie	Nom et adresse, no d'assuré				
Payement des indemnités journalières	Compte de chèque postal _____		Détenteur du compte _____		
	ou Compte bancaire _____		ou Nom de la banque _____		
	Compte no _____		Détenteur du compte _____		

Lieu et date

Signature de l'employé/e

Timbre et signature de l'employeur

Notice explicative pour la déclaration de sinistre LAA

Veillez nous faire parvenir au plus tôt la présente déclaration de sinistre dûment remplie selon les indications ci-dessous. Merci de votre collaboration.

Remarques générales

Le présent jeu de formules doit être rempli

- lorsque l'incapacité de travail dure plus de trois jours (jour de l'accident compris);
- en cas de maladie professionnelle;
- en cas de lésion dentaire;
- en cas de rechute.

Lorsque seul un traitement dentaire est nécessaire, il vous suffit d'envoyer la déclaration de sinistre (sans le chiffre 12 concernant les indications relatives au salaire) à l'agence générale compétente; les autres formules peuvent être détruites.

En cas de rechute, veuillez indiquer le numéro de sinistre correspondant. A défaut, prière d'indiquer la date de l'accident et l'employeur d'alors.

En cas d'accidents graves, notamment en cas de décès, nous vous prions d'aviser immédiatement l'agence générale compétente par téléphone.

Si aucune de ces conditions n'est remplie, il suffit de remplir le jeu de formules vert «Déclaration d'accident-bagatelle LAA».

Utilisation des données

Les données de la présente déclaration de sinistre sont utilisées pour:

- la liquidation du cas;
- l'établissement de statistiques anonymes dans le domaine de la prévention des accidents et des maladies professionnelles;
- la remise légale de données anonymes à l'Office fédéral de la statistique chargé d'établir la statistique publique fédérale de l'évolution des salaires.

Explications concernant certaines questions

posées de la déclaration de sinistre

Chiffre 1 «Place de travail habituelle»

Tournage/Menuiserie/Bureau informatique

Chiffre 3 «Profession exercée»

L'activité professionnelle principale du blessé est à indiquer aussi précisément que possible.

Exemples:

«meuleur sur métaux» (au lieu de «meuleur»)

«vendeuse textiles» (au lieu de «vendeuse»)

«directrice des finances» (au lieu de «directrice»)

Les indications telles que manœuvre, employé, etc., ne suffisent pas.

Chiffre 5 «Lieu de l'accident»

Exemples:

En cas d'accidents professionnels:
1211 Genève, halle 1, chantier xy, escalier C

En cas d'accidents non professionnels:
1820 Montreux, carrefour Grand-Rue – rue du Casino
ou 1007 Lausanne, stade de Vidy

Chiffre 6 «Faits (description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)»

Le déroulement de l'accident et les circonstances dans lesquelles il s'est produit doivent être décrits aussi précisément que possible.

Chiffre 8 «Accident non professionnel»

Si le blessé ne travaillait pas avant l'accident, veuillez préciser le motif d'absence (p.ex. vacances, maladie, service militaire, congé non payé, chômage).

Chiffre 12 «Salaire»

En vertu de l'art. 7 de l'ordonnance sur l'assurance-vieillesse et survivants, il convient désormais d'indiquer le salaire déterminant pour l'AVS, c.-à-d. le salaire brut avant déduction des cotisations aux assurances sociales, des impôts, etc., auquel l'assuré avait droit au moment de l'accident.

Le salaire effectif sera également indiqué pour les salaires supérieurs au montant maximum du gain assuré.

Pour l'assurance facultative des patrons, on indiquera le salaire annuel convenu.

Chiffre 13 «Cas spéciaux/soumis à l'impôt perçu à la source»

L'employeur doit également déduire l'impôt à la source durant la période de versement des indemnités journalières.

Déclaration de sinistre LAA Accident Dommage dent.
Double pour l'entreprise Rechute Maladie prof.

Numéro de sinistre

Voir la notice explicative pour la déclaration de sinistre au verso

1. Employeur	Nom et adresse avec no postal _____		No de tél.	No de police 495 11040.	
			Place de travail habituelle du blessé (sect. d'entreprise)		
2. Blessé	Nom et prénom _____		Date de naissance	No AVS	
	Rue _____		No de tél.	Nationalité	
	NPA	Domicile	Etat civil	Enfants jusqu'à 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans _____ nombre <input type="checkbox"/> aucun	
3. Engagement	Date d'engagement	Fin d'engagement	Profession exercée		
	Fonction <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/e/travailleur/se <input type="checkbox"/> apprenti/e <input type="checkbox"/> stagiaire				
	Rapp. de travail <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié				
	Horaire de travail du blessé: _____ jours par semaine; _____ h par semaine; Taux d'occupation _____ % Horaire de travail dans l'entreprise: _____ h 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 NP) et endroit (p.ex. atelier, rue)				
6. Faits (description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident				

Personne/s impliquée/s _____ Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu					
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)				
8. Accident non professionnel	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 d'absence _____				
9. Blessure	Partie du corps atteinte _____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée			
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, depuis quand? _____		
	Durée probable de l'incapacité de travail supérieure à 1 mois <input type="checkbox"/>		Le travail a été repris le _____		
			<input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps part. _____ %		
11. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)		
12. Salaire	Salaire de base contr. (brut), alloc. de renchérissement comp. _____		CHF par	heure	mois
	Allocations pour enfants, famille _____				année
	Indemnités pour vacances, jours fériés _____ en % ou				
	Gratification, 13e mois de salaire (et suivants) _____ en % ou				
	Autres compl. de salaire (p.ex. à la tâche/commis./en nature/ind. pour trav. en équipe) Désignation _____				
13. Cas spéciaux	<input type="checkbox"/> Assurance facult. des patrons <input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> soumis à l'impôt perçu à la source <input type="checkbox"/> Autre/s employeur/s _____				
14. Autres prestations d'assurances 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? Si oui, de laquelle? _____				
15. Caisse maladie	Nom et adresse, no d'assuré				
Paiement des indemnités journalières	Compte de chèque postal _____		Détenteur du compte _____		
	ou Compte bancaire _____		ou Nom de la banque _____		
	Compte no _____		Détenteur du compte _____		

Lieu et date

Signature de l'employé/e

Timbre et signature de l'employeur

Notice explicative pour la déclaration de sinistre LAA

Veillez nous faire parvenir au plus tôt la présente déclaration de sinistre dûment remplie selon les indications ci-dessous. Merci de votre collaboration.

Remarques générales

Le présent jeu de formules doit être rempli

- lorsque l'incapacité de travail dure plus de trois jours (jour de l'accident compris);
- en cas de maladie professionnelle;
- en cas de lésion dentaire;
- en cas de rechute.

Lorsque seul un traitement dentaire est nécessaire, il vous suffit d'envoyer la déclaration de sinistre (sans le chiffre 12 concernant les indications relatives au salaire) à l'agence générale compétente; les autres formules peuvent être détruites.

En cas de rechute, veuillez indiquer le numéro de sinistre correspondant. A défaut, prière d'indiquer la date de l'accident et l'employeur d'alors.

En cas d'accidents graves, notamment en cas de décès, nous vous prions d'aviser immédiatement l'agence générale compétente par téléphone.

Si aucune de ces conditions n'est remplie, il suffit de remplir le jeu de formules vert «Déclaration d'accident-bagatelle LAA».

Utilisation des données

Les données de la présente déclaration de sinistre sont utilisées pour:

- la liquidation du cas;
- l'établissement de statistiques anonymes dans le domaine de la prévention des accidents et des maladies professionnelles;
- la remise légale de données anonymes à l'Office fédéral de la statistique chargé d'établir la statistique publique fédérale de l'évolution des salaires.

Explications concernant certaines questions

posées de la déclaration de sinistre

Chiffre 1 «Place de travail habituelle»

Tournage/Menuiserie/Bureau informatique

Chiffre 3 «Profession exercée»

L'activité professionnelle principale du blessé est à indiquer aussi précisément que possible.

Exemples:

«meuleur sur métaux» (au lieu de «meuleur»)

«vendeuse textiles» (au lieu de «vendeuse»)

«directrice des finances» (au lieu de «directrice»)

Les indications telles que manœuvre, employé, etc., ne suffisent pas.

Chiffre 5 «Lieu de l'accident»

Exemples:

En cas d'accidents professionnels:
1211 Genève, halle 1, chantier xy, escalier C

En cas d'accidents non professionnels:
1820 Montreux, carrefour Grand-Rue – rue du Casino
ou 1007 Lausanne, stade de Vidy

Chiffre 6 «Faits (description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)»

Le déroulement de l'accident et les circonstances dans lesquelles il s'est produit doivent être décrits aussi précisément que possible.

Chiffre 8 «Accident non professionnel»

Si le blessé ne travaillait pas avant l'accident, veuillez préciser le motif d'absence (p.ex. vacances, maladie, service militaire, congé non payé, chômage).

Chiffre 12 «Salaire»

En vertu de l'art. 7 de l'ordonnance sur l'assurance-vieillesse et survivants, il convient désormais d'indiquer le salaire déterminant pour l'AVS, c.-à-d. le salaire brut avant déduction des cotisations aux assurances sociales, des impôts, etc., auquel l'assuré avait droit au moment de l'accident.

Le salaire effectif sera également indiqué pour les salaires supérieurs au montant maximum du gain assuré.

Pour l'assurance facultative des patrons, on indiquera le salaire annuel convenu.

Chiffre 13 «Cas spéciaux/soumis à l'impôt perçu à la source»

L'employeur doit également déduire l'impôt à la source durant la période de versement des indemnités journalières.

Numéro de sinistre

Certificat médical LAA

1. Employeur	Nom et adresse avec no postal		No de tél.	No de police 495 11040.
			Place de travail habituelle du blessé (sect. d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom		Date de naissance	No AVS
	Rue		No de tél.	Nationalité
	NPA	Domicile	Etat civil	Enfants jusqu'à 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans _____ nombre <input type="checkbox"/> aucun
3. Engagement	Date d'engagement	Fin d'engagement	Profession exercée	
	Fonction <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/e/travailleur/se <input type="checkbox"/> apprenti/e <input type="checkbox"/> stagiaire			
	Rapp. de travail <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié			
Horaire de travail du blessé: _____ jours par semaine; _____ h par semaine; Taux d'occupation _____ %				
Horaire de travail dans l'entreprise: _____ h par semaine; Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel				
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute
1. Premiers soins	Jour	Mois	Année	Heure
			<input type="checkbox"/> pendant	<input type="checkbox"/> en dehors des heures de consul.
		<input type="checkbox"/> sur le lieu de l'accid.		<input type="checkbox"/> au domicile du/de la patient/e
2. Indications du patient	Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?			
3. Etat général	a) Observations particulières (comportement, alcool, drogues, etc.)			
	b) Suites de maladies, d'accidents ainsi qu'anomalies physiques (invalidité)			
4. Constatations	Constatations radiologiques:			
5. Diagnostic provisoire et Code CIM				
6. Causalité	a) Quelles causes entrent en considération pour les symptômes actuels?			
	<input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> autre: laquelle? _____			
b) Le patient a-t-il déjà souffert auparavant d'atteintes similaires à la santé?				
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, traitement par _____				
7. Thérapie	a) Traitement ordonné?			

	b) Proposez-vous des mesures spéciales médicales ou non médicales?			

c) Le patient est-il hospitalisé?				
<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui; ou?				
8. Incapacité de travail	<input type="checkbox"/> oui, à	% dès le	probablement jusqu'au	
	<input type="checkbox"/> non			
9. Reprise du travail	<input type="checkbox"/> oui	partiellement	% dès le	complètement dès le
	<input type="checkbox"/> non			
10. Fin du traitement	<input type="checkbox"/> oui, le			
	<input type="checkbox"/> non, probablement dans _____ semaines			

Lieu et date

Timbre et signature **du médecin**

