

# Déclaration de sinistre LAA

- Accident       Dommages dentaires  
 Maladie prof.       Rechute

N° de sinistre	N° de sinistre vieux
----------------	----------------------

Voir la notice explicative pour la déclaration de sinistre au verso

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal		N° de tél.	N° de police
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
2. Blessé/e	Nom et prénom		Date de naissance	N° AVS
	Rue		N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA	Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans __ enfant(s) <input type="checkbox"/> Aucun
	Banque, filiale, compte bancaire et N° de clearing ou CCP			
3. Engagement	Date 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			
	Rapports 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/e:    heures par semaine    Taux d'occupation contractuel:    pour cent			
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)			
6. Faits (description détaillée 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 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	
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    Depuis quand? <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	CHF par	heure	mois	année
	Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise .....			
	Allocations pour enfants, famille .....			
	Indemnités pour vacances, jours fériés..... en % ou			
	Gratification, 13 <sup>e</sup> mois de salaire (et suivants)..... en % ou			
	Autres compl. de sal. (p.ex. à la tâche/commission/en nature/ind. pour trav. par équipes)			
Désignation:				
13. Cas spéciaux	<input type="checkbox"/> Assurance facultative des patrons <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujéti à l'impôt 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?			
	Nom de l'assurance maladie obligatoire (y compris N° de membre):			

Lieu et date

Timbre et signature

# Déclaration de sinistre LAA Double pour l'entreprise

 Accident       Dommages dentaires  
 Maladie prof.       Rechute

N° de sinistre	N° de sinistre vieux
----------------	----------------------

Voir la notice explicative pour la déclaration de sinistre au verso

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal		N° de tél.	N° de police	
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)				
2. Blessé/e	Nom et prénom		Date de naissance	N° AVS	
	Rue		N° de tél. (si connu)	Nationalité	
	NPA	Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans __ enfant(s) <input type="checkbox"/> Aucun	
	Banque, filiale, compte bancaire et N° de clearing ou CCP				
3. Engagement	Date 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				
	Rapports 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/e:    heures par semaine    Taux d'occupation contractuel:    pour cent				
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)				
6. Faits (description détaillée 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 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		
10. Incapacité de travail	Type de lésion:				
	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    Depuis quand? <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	CHF par		heure	mois	année
	Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise .....				
	Allocations pour enfants, famille .....				
	Indemnités pour vacances, jours fériés..... en % ou				
	Gratification, 13 <sup>e</sup> mois de salaire (et suivants)..... en % ou				
	Autres compl. de sal. (p.ex. à la tâche/commission/en nature/ind. pour trav. par équipes)				
Désignation:					
13. Cas spéciaux	<input type="checkbox"/> Assurance facultative des patrons <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujéti à l'impôt 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? Nom de l'assurance maladie obligatoire (y compris N° de membre):				

Lieu et date

Timbre et signature

N° de sinistre	N° de sinistre vieux
----------------	----------------------

# Certificat médical LAA

Employeur	Nom et adresse avec N° postal				N° de tél.	N° de police
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)					
Blessé	Nom et prénom				Date de naissance	N° AVS
	Rue				N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA		Domicile		Etat civil	Enfants jusqu'à 18 ans ou qui accomplissent une formation jusqu'à 25 ans <input type="checkbox"/> nombre <input type="checkbox"/> aucun
Banque, filiale, compte bancaire et N° de clearing ou CCP						
Engagement	Date 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 Rapports 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/e: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire usuel de travail à temps complet dans l'entreprise: _____ heures par semaine Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel					
Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute		
1. Le traitement	Jour	Mois	Année	Heure, minute	<input type="checkbox"/> pendant	<input type="checkbox"/> hors des heures des consultations
<input type="checkbox"/> sur les lieux de l'accident <input type="checkbox"/> au domicile du/de la patient/e						
2. Indications du/de la patient/e	Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?					
3. Etat général	a) Constatations particulières (mentalité, alcool, drogues, etc.)					
	b) Suites de maladies et accidents aussi qu'anomalies physiques (invalidité)					
4. Constat	Constat radiologique:					
5. Diagnostic						
6. Causalité	a) Quelles causes entrent en considération pour les symptômes actuels?				b) le patient a-t-il déjà souffert auparavant d'atteintes si miliaires à la santé?	
	<input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> autre: laquelle?				<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, traitement par	
7. Thérapie	a) Qu'avez-vous entrepris jusqu'ici?					
	b) Proposez-vous des mesures spéciales médicales ou non médicales?					
	c) Est-ce que le/la patient/e a été hospitalisé/e? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui; où?					
8. Incapacité de travail	<input type="checkbox"/> oui, à _____		% dès le _____		probablement jusqu'à _____	
	<input type="checkbox"/> non					
9. Reprise du travail	<input type="checkbox"/> oui partielle à _____		% dès le _____		complète 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

# Feuille de pharmacie LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →

N° de sinistre

N° de sinistre vieux

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	
	NPA Domicile		
Banque, filiale, compte bancaire et N° de clearing ou CCP			
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.
<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.

Date: \_\_\_\_\_

Timbre de la pharmacie: \_\_\_\_\_

3	Code				
---	------	--	--	--	--

N° de compte postal ou banque, N° de clearing et N° de compte

Si le décompte se fait par l'OFAC: 35-1

# Feuille-accident LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →

N° de sinistre	N° de sinistre vieux
----------------	----------------------

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS	
	Rue	N° de tél. (si connu)		
	NPA      Domicile			
	Banque, filiale, compte bancaire et N° de clearing ou CCP			
Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute

## Indications pour le/la blessé/e

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.

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. 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 (p.ex. pour se rendre chez le médecin/à l'hôpital le plus proche) vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen de transport avantageux, adapté aux circonstances (p.ex. transports publics). Le cas échéant prenez un abonnement. Veuillez noter sur votre note de frais le numéro de votre compte postal ou celui de votre banque. Si, pour des raisons personnelles, vous vous faites soigner en dehors du lieu de votre domicile, les frais supplémentaires qui en résultent ne peuvent pas être pris en charge par l'assurance.

## Inscriptions du médecin

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

Timbre du médecin

## Notice explicative pour la déclaration de sinistre

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 (LAA sans le chiffre 12 concernant les indications relatives au salaire) à l'agence compétente; les autres formules peuvent être détruites. L'agence se chargera de prendre contact avec le médecin-dentiste.

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 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 dans 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 de l'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.