

Av. des Communes 8
1213 Petit-Lancy 1
T +41 (0)22 544 14 60
F +41 (0)22 544 14 61

--

1. Employeur	Nom			No de sinistre	
	Adresse			No de contrat	
	No postal / localité			No de téléphone	
	Mail			No de fax	
2. Blessé	Nom, prénom			Etat civil	
	Adresse			Enfants de moins de 18 ans ou 25 ans en formation	Nombre
	No post. / localité			No AVS	
	Date de naissance	c Homme c Femme		Nationalité	
	Téléphone / Natel			Permis (A,B,C,F,G,L,N)	
	Mail			Soumis impôt à la source	c oui c non
	CCP / Banque - compte			Caisse maladie	
3. Engagement	Place de travail habituelle <small>(secteur de l'entreprise)</small>	<input type="checkbox"/> exploitation <input type="checkbox"/> technique <input type="checkbox"/> bureau <input type="checkbox"/> autre		Date de l'engagement	
	Profession exercée			Horaire du blessé	heures hebdo
	Contrat de travail	c durée indéterminée c durée déterminée c résilié Date de la résiliation: _____		Horaire de l'entreprise	heures hebdo
	Fonction	c cadre supérieur c cadre moyen c employé c apprenti c stagiaire			
	Occupation	Taux	%	c régulière c irrégulière	Chômage
4. Accident	Date (jj.mm.aaaa)			Heure (hh:mm)	
5. Lieu	Localité, endroit (ex. atelier)				
6. Faits	Type d'accident	<input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> accident dentaire <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> rechute			
	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				
7. Constat	Personne(s) impliquée(s)				
	Rapport de police	c oui c non c inconnu			
8. Accident non professionnel	Motif d'absence	<input type="checkbox"/> congé payé <input type="checkbox"/> vacances <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> militaire <input type="checkbox"/> congé non payé <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> autre		Dernière présence sur le lieu de travail (date et heure)	
9. Blessure	Partie du corps atteinte	c gauche c droite c indéterminée			
	Type de lésion				
10. Adresses médecins	Premiers soins				
	Suite du traitement				
11. Cas spéciaux	Assurance	c facultative c convention c membre de la famille c associé			
	Autres employeurs <small>(nom, adresse)</small>				

Indications pour l'employeur

Une déclaration d'accident bagatelle doit être remplie lorsque la blessure n'entraîne pas d'incapacité de travail ou lorsque celle-ci est de 3 jours au plus (jour de l'accident et les 2 jours suivants).

En cas d'envoi électronique, l'assurance renonce aux signatures manuscrites		
Lieu et date:	Nom du signataire:	Timbre et signature de l'employeur:

Va à : Courtier

Formulaire agréé ACA

--

Feuille pour le médecin

1. Employeur	Nom			No de sinistre	
	Adresse			No de contrat	
	No postal / localité			No de téléphone	
	Mail			No de fax	
2. Blessé	Nom, prénom			Etat civil	
	Adresse			Enfants de moins de 18 ans ou 25 ans en formation	Nombre
	No postal / localité				No AVS
	Date de naissance		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
	Téléphone / Natel				
	Mail				
3. Engagement	Place de travail habituelle <small>(secteur de l'entreprise)</small>	<input type="checkbox"/> exploitation	<input type="checkbox"/> technique	<input type="checkbox"/> bureau	<input type="checkbox"/> autre
	Profession exercée			Date de l'engagement	
	Contrat de travail	<input type="checkbox"/> durée indéterminée <input type="checkbox"/> durée déterminée <input type="checkbox"/> résilié		Horaire du blessé	heures hebdo
	Fonction	<input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire		Horaire de l'entreprise	heures hebdo
	Occupation	Taux	%	<input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> irrégulière	Chômage
4. Accident	Date (jj.mm.aaaa)		Heure (hh:mm)		

Inscriptions du médecin

5. Diagnostic	Diagnostic Partie du corps blessée et nature de la lésion	
7. Traitement	Terminé <input type="checkbox"/> oui le: _____	<input type="checkbox"/> non probablement dans semaines
Lieu et date:	Timbre et signature du médecin:	

--

Feuille de pharmacie LAA

1. Employeur	Nom		No de sinistre	
	Adresse		No de contrat	
	No postal / localité		No de téléphone	
	Mail		No de fax	

2. Blessé	Nom, prénom			
	Adresse			
	No postal / localité			
	Date de naissance		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
	Téléphone / Natel			
	Mail			

--

4. Accident	Date (jj.mm.aaaa)	Heure (hh:mm)	
--------------------	-------------------	---------------	--

Indications pour le blessé

Lorsque votre 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

Les assurances avisent le blessé lorsqu'elles prennent 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 livraison	Nature et quantité	CHF
Joindre les ordonnances svp		TOTAL

A la fin du traitement, mais au plus tard 3 mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à votre assurance. Vous pouvez demander à votre 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	
CCP / Banque N° de compte	
OFAC	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Timbre de la pharmacie	