

Route des Avouillons 30 - 1196 Gland  
T +41 22 365 66 64 / F +41 22 365 66 60

--

<b>1. Employeur</b>	Nom		No de sinistre	
	Adresse		No de contrat	
	No postal / localité		No de téléphone	
	Mail		No de fax	
	CCP / Banque - compte			

<b>2. Blessé</b>	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	Nationalité	
	Téléphone / Natel		Permis (A,B,C,F,G,L,N)	
	Mail		Soumis impôt à la source	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	CCP / Banque - compte		Caisse maladie	

<b>3. Engagement</b>	Place de travail habituelle (secteur de l'entreprise)	<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)
	Durée du contrat de travail	<input type="checkbox"/> indéterminée <input type="checkbox"/> déterminée <input type="checkbox"/> résilié au:	Horaire de l'entreprise	(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		
Occupation	Taux % <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> irrégulière	Chômage	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> total	

<b>4. Accident</b>	Date (jj.mm.aaaa)		Heure (hh:mm)		Localité	
--------------------	-------------------	--	---------------	--	----------	--

<b>5. Lieu</b>	Localité, endroit (ex. atelier)		Etait-ce sur le chemin du travail ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
----------------	---------------------------------	--	-------------------------------------	---

<b>6. Faits</b>	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

<b>7. Constat</b>	Personne(s) impliquée(s)	
	Rapport de police	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu

<b>8. Accident non professionnel</b>	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)	
--------------------------------------	-----------------	---	--	--

<b>9. Blessure</b>	Partie du corps atteinte	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée
	Type de lésion	

<b>10. Adresses médecins</b>	Premiers soins	
	Suite du traitement	

<b>11. Cas spéciaux</b>	Assurance	<input type="checkbox"/> facultative <input type="checkbox"/> convention <input type="checkbox"/> membre de la famille <input type="checkbox"/> associé
	Autres employeurs (nom, adresse)	

<b>12. Incapacité de travail</b>	Travail interrompu	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui depuis quand :	Incapacité de travail > 1 mois	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Durée probable de l'incapacité de gain ?		
	Travail repris le		<input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps partiel	

<b>13. Salaire</b>	CHF par	Heure	Mois	Année	
		Salaire de base (brut, y c. renchérissement)			
		Allocation pour enfant/famille			
		Indemnités vacances/jours fériés (% ou CHF)			
		Gratification / 13ème salaire (% ou CHF)			
Autre allocation - genre:					

<b>14. Prestations d'assurances sociales</b>	L'assuré(e) a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale : Caisse maladie, assurance LAA, invalidité, vieillesse et survivants, militaire, chômage ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui lesquelles
--	--	---

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

Route des Avouillons 30 - 1196 Gland  
T +41 22 365 66 64 / F +41 22 365 66 60

--

**Rapport médical initial LAA**

<b>1. Employeur</b>	Nom Adresse No postal / localité Mail	No de sinistre No de contrat No de téléphone No de fax
<b>2. Blessé</b>	Nom, prénom Adresse No postal / localité Date de naissance Téléphone / Natel Mail	Etat civil Enfants de moins de 18 ans ou 25 ans en formation No AVS Nombre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
<b>3. Engagement</b>	Place de travail habituelle (secteur de l'entreprise) Profession exercée Contrat de travail Fonction Occupation	<input type="checkbox"/> exploitation <input type="checkbox"/> technique <input type="checkbox"/> bureau <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> durée indéterminée <input type="checkbox"/> durée déterminée <input type="checkbox"/> résilié <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire Taux % <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> irrégulière
		Date de l'engagement Horaire du blessé (heures hebdo) Horaire de l'entreprise (heures hebdo) Chômage <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> total
<b>4. Accident</b>	Date (jj.mm.aaaa)	Heure (hh:mm) Localité
<b>5. Premiers soins</b>	Date (jj.mm.aaaa)	Heure (hh:mm) Lieu <input type="checkbox"/> sur le lieu de l'accident <input type="checkbox"/> au domicile du patient
<b>6. Indications du patient</b>	Déroulement de l'accident et plaintes Rechute ?	
<b>7. Etat général</b>	Comportement Antécédents	
<b>8. Constatations</b>	Constatations générales et radiologiques	
<b>9. Diagnostic</b>	Diagnostic	
<b>10. Causalité</b>	Les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si non, pourquoi	
<b>11. Thérapie</b>	Type de traitement Mesures spéciales Hospitalisation <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui établissement:	
<b>12. Incapacité de travail</b>	Travail interrompu <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui: % dès le : probablement jusqu'au: Travail repris <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui: % dès le :	
<b>13. Traitement</b>	Terminé <input type="checkbox"/> oui le: <input type="checkbox"/> non probablement dans semaines	
<b>Lieu et date:</b>	<b>Timbre et signature du médecin:</b>	

Route des Avouillons 30 - 1196 Gland  
T +41 22 365 66 64 / F +41 22 365 66 60

--

**Feuille de pharmacie LAA**

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

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

--

<b>4. Accident</b>	Date (jj.mm.aaaa)		Heure (hh:mm)	
--------------------	-------------------	--	---------------	--

**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 livraison	Nature et quantité	CHF
Joindre les ordonnances svp	<b>TOTAL</b>	

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	

Route des Avouillons 30 - 1196 Gland  
T +41 22 365 66 64 / F +41 22 365 66 60

--

**Feuille accident LAA**

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

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

--

<b>4. Accident</b>	Date (jj.mm.aaaa)	Heure (hh:mm)	Localité
--------------------	-------------------	---------------	----------

**Indications pour le blessé**

Cette fiche d'incapacité de travail est conservée par l'assuré(e). Lors de chaque visite, la présente fiche doit être remise au médecin. Au terme du traitement médical, l'assuré remet la présente fiche à son employeur. Ce dernier y inscrit la date de reprise du travail et l'envoie rapidement à son assurance.

Si l'incapacité de travail se prolongeait au-delà d'un mois, une copie de la présente fiche sera retournée à la fin de chaque mois à son assurance.

**Changement de médecin.** En cas de changement de médecin, veuillez prendre contact immédiatement avec votre assurance.

**Traitement à l'hôpital.** Votre assurance accident obligatoire prend en charge les frais d'hospitalisation en division commune, sous réserve d'une couverture complémentaire LAA. Une participation journalière aux frais d'entretien (selon l'OLAA art. 27) est prélevée pour les patients sans enfants ou sans couverture complémentaire LAA (max. CHF 20.- pour les personnes seules, max. CHF 10.- pour les personnes mariées).

**Le droit à l'indemnité journalière** découlant de l'assurance selon la LAA naît le troisième jour après l'accident. Sous réserve d'une couverture complémentaire LAA, 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 vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen de transport avantageux, adapté aux circonstances (par ex. transports publics).

	Consultations dates et heures		Incapacité de travail		Signature du médecin
	Prochaine	Faite	%	Dès le	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
Date de fin du traitement médical					
Timbre du médecin					