

--

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

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	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	

3. Engagement	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	

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

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

6. Faits Description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle	Type d'accident	<input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> accident dentaire <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> rechute
	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	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée
	Type de lésion	

10. Adresses médecins	Premiers soins	
	Suite du traitement	

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

12. Incapacité de travail	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	

13. Salaire	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:					

14. Prestations d'assurances sociales	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:

--

Rapport médical initial 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			Etat civil		
	Adresse			Enfants de moins de 18 ans ou 25 ans en formation No AVS	Nombre	
	No postal / localité					
	Date de naissance	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme				
	Téléphone / Natel					
	Mail					
3. Engagement	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)	
	Contrat de travail	<input type="checkbox"/> durée indéterminée <input type="checkbox"/> durée déterminée <input type="checkbox"/> résilié		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	
4. Accident	Date (jj.mm.aaaa)		Heure (hh:mm)		Localité	
5. Premiers soins	Date (jj.mm.aaaa)		Heure (hh:mm)			
	Lieu	<input type="checkbox"/> sur le lieu de l'accident <input type="checkbox"/> au domicile du patient				
6. Indications du patient	Déroulement de l'accident et plaintes Rechute ?					
7. Etat général	Comportement Antécédents					
8. Constatations	Constatations générales et radiologiques					
9. Diagnostic	Diagnostic					
10. Causalité	Les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				
	Si non, pourquoi					
11. Thérapie	Type de traitement					
	Mesures spéciales					
	Hospitalisation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non si oui établissement:				
12. Incapacité de travail	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 :				
13. 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 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	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	

--

Feuille accident 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)	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					