Déclaration d’accident LAA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Accident | Maladie professionnelle | | | | | | Rechute | | | | | | Dommage dentaire | | | |
| Compagnie d’assurance | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| N° de police | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| N° de sinistre | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Assuré | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom, prénom / employeur | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Personne de contact | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| N° de téléphone | | | |  | | | | E-mail | | |  | | | | | |
| Compte bancaire ou CCP / N° IBAN | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Êtes vous autorisé à déduire l’impôt  préalable? | | | | Qui | | | | Non | | | | | | | | |
| Blessé | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom, prénom | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Adresse | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| N° de téléphone | | | |  | | | | | E-mail | | |  | | | | |
| Nationalité | | | |  | | | | | Etat civil | | |  | | | | |
| Permis de séjour | | | | A | B | | | | C | | | Autre | |  | | |
| Date de naissance | | | |  | | | | | Sexe | | |  | | | | |
| N° AVS (11 chiffres) | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nombre d’enfants de moins de 18 ans ou suivant une formation et ayant moins de 25 ans | | | |  | | | | | Aucun | | | | | | | |
| Emploi | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date d’engagement | | | |  | | Profession exercée | | | | | |  | | | | |
| Rapport de travail | | | | Durée indéter-minée | | | Durée détermi-née | | | | | Résilié au | | | |  |
| Fonction | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cadre supérieur | | Cadre moyen | | | | | Employé / travailleur | | | | | | | | | |
| Apprenti | | Stagiaire | | | | | Profession | | |  | | | | | | |
| Heures de travail | | | Heures par semaine | | | Taux d’occupation contractuel | | | | | | | | | % | |
| Heures de travail habituelles à temps complet | | | Heures par semaine | | | Occupation | | | | Irrégulière | | | | | Chômage partiel | |
| Date de l’accident et conséquences | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Date de l’accident | | | |  | | | | | Heure | | |  | | | | |
| Localité (nom ou NPA) et endroit (p. ex. atelier, rue) | | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Faits | | | | | | | | | | | |
| Activité au moment de l’accident |  | | | | | | | | | | |
| Déroulement de l’accident |  | | | | | | | | | | |
| Personnes impliquées dans l’accident |  | | | | | | | | | | |
| Rapport de police | Oui | Bureau de police | | | |  | | | | Non | |
| Accident professionnel: objets ayant joué un rôle dans l’accident (p. ex. machine, outil, véhicule, substance) | | | | | | | | | | | |
| Description exacte de l’accident |  | | | | | | | | | | |
| Accident non professionnel: jusqu’à quand le blessé a-t-il travaillé la dernière fois dans l’entreprise avant l’accident ? | | | | | | | | | | | |
| Jusqu’à (jour, date, heure) |  | | | | | | | | | | |
| Motif de l’absence |  | | | | | | | | | | |
| **Lésion** (partie du corps atteinte) |  | | | | | Gauche | | Droite | | Indéterminée | |
| Type de lésion |  | | | | | | | | | | |
| Invalidité | | | | | | | | | | | |
| Travail interrompu à la suite de l’accident | Oui | | Depuis le | | |  | | | | Non | |
| Durée probable |  | | | | | Plus d’ 1 mois | | | | | |
| Si le travail a été repris | Depuis le | |  | | | Complètement | | | | Partiellement | |
| Adresses des médecins | | | | | | | | | | | |
| Médecin / hôpital / clinique ayant dispensé les premiers soins |  | | | | | | | | | | |
| Médecin / hôpital / clinique pour la suite du traitement |  | | | | | | | | | | |
| Salaire | | | | CHF par | | Heure | | | Mois | | Année |
| Salaire contractuel de base, y compris allocation de renchérissement (brut) | | | |  | |  | | |  | |  |
| Allocations familiales / pour enfants | | | |  | |  | | |  | |  |
| Indemnités pour vacances / jours fériés | | | |  | % ou |  | | |  | |  |
| Gratification / 13e mois de salaire (et suivants) | | | |  | % ou |  | | |  | |  |
| Autres compléments de salaire (p. ex. à la tâche / commission / en nature / travail par équipes) | | | | | |  | | |  | |  |
| Désignation |  | | | | | | | | | | |
| Cas particuliers | | | | | | | | | | | |
| Assurance facultative des patrons | Membre de la famille, associé | | | | | | Soumis à l’impôt à la source | | | | |
| Autre(s) employeur(s) |  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Autres prestations d’assurances sociales | |
| L’assuré a-t-il droit à une indemnité journalière ou rente d’une assurance maladie, une prestation de la Suva ou autre assurance obligatoire contre les accidents, assurance invalidité, assurance vieillesse et survivants, institution de prévoyance professionnelle, assurance militaire, caisse de chômage? | |
| Si oui, laquelle |  |
| **Nom de l’assurance maladie obligatoire** |  |

|  |
| --- |
| Remarques |
|  |
| La personne soussignée autorise l’assureur à prendre connaissance de tous les documents médicaux et officiels relatifs à l’accident. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lieu, date |  | Cachet et signature |  |

Veuillez renvoyer le formulaire par e-mail à [info@qualibroker.com](mailto:info@qualibroker.com) ou par la poste.

Vous trouverez l’adresse dans le coin inférieur gauche de la première page. Merci d’avance.