



Déclaration de sinistre LAA

- Accident Dommage dentaire
 Maladie prof. Rechute

N° de sinistre

Voir la notice explicative pour la déclaration de sinistre au verso

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise	Partie d'entreprise
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
2. Blessé	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	
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée		
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <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: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent			
	Horaire de travail 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 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 d'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 _____	
			<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 ^e 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"/> Autre(s) employeur(s): _____			
14. Autres prestations 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? _____			

Sera rempli par l'assurance

Sexe

Nationalité

Etat civil

Fonction

P/NP/AFP

Blessure

Type

Lieu et date

Timbre et signature

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 (form. 109 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 de 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 manoeuvre, 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.

Pour l'enquête en cas d'accidents professionnels, il est en outre conseillé d'utiliser les publications Suva:

- 66100.f (Enquête d'accident interne à l'entreprise: évitons que cela ne se reproduise),
- 66100/1.f (Compte rendu d'événement),
- 66100/2.f (Questions concernant le système de sécurité interne).

Chiffre 8 «Accident non professionnel»

Si le blessé ne travaillait pas avant l'accident, veuillez préciser le motif d'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.

Déclaration de sinistre LAA		<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Dommage dentaire	N° de sinistre	
Double pour l'entreprise		<input type="checkbox"/> Maladie prof.	<input type="checkbox"/> Rechute		
1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise	Partie d'entreprise	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
2. Blessé	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		
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée			
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <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: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail 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 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 d'absence: _____				
9. Blessure	Partie du corps atteinte: _____		<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée		
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 _____ <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 ^e 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"/> Autre(s) employeur(s): _____				
14. Autres prestations 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?				

Lieu et date

Timbre et signature

Feuille de pharmacie LAA					Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →	N° de sinistre
Employeur	Nom et adresse avec N° postal			N° de tél.	N° d'entreprise Partie d'entreprise	
				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				
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.

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
Joindre les ordonnances s. v. p.		Total	

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.

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'adresse ci-dessus.

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 N° attribué par la Suva
Si le décompte se fait par l'OFAC: 35-1

Feuille-accident LAA

Numéro de sinistre

Employeur		
Blessé	Date de naissance	N° AS / N° AVS
	Nationalité	Etat civil
Date de l'accident		

Indications pour le blessé

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). *

Changement de médecin. En cas de changement de médecin, veuillez prendre contact immédiatement avec l'assurance.

Les frais de voyage et de transport nécessaires - par 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 (par 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		Incapacité de travail		Signature du médecin	Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
et heure de la pro- chaine consultation	de la con- sultation faite	Degré	à partir du		et heure de la pro- chaine consultation	de la con- sultation faite	Degré	à partir du	
* Evt. remarques quant à la capacité partielle/rendement					Le traitement médical a pris fin le		Médicaments délivrés par: (nom et adresse de la pharmacie)		
1)	%	c.à.d.	h. par jour à	%					
2)	%	c.à.d.	h. par jour à	%					
3)	%	c.à.d.	h. par jour à	%					

Va à: Assuré -> Entreprise -> Suva

Timbre du médecin