

Déclaration d'accident LAA

N° de sinistre

Assureur-Accidents: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA				
1. Employeur	Tél.:		N° de police:	
	Place de travail habituelle du blessé:		Unité Administrative:	
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:	
	Rue:	Nationalité:	Pays de résidence:	
	NPA:	Tél. du blessé:	Type de permis de séjour:	
	Domicile:	Email:	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:	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé	
	<input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source			
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire			
	Rapport de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée > date de fin de contrat: _____			
	<input type="checkbox"/> contrat de travail résilié > date de résiliation: _____			
Horaire de travail du blessé: ____ heures par semaine		Taux d'occupation contractuel: ____ %		
Horaire usuel de travail à temps complet 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):			<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident:			
7. Constatations	Qui a procédé aux constatations?		Coordonnées des témoins?	Ont-ils été entendus?
	Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		1. _____ <input type="checkbox"/> oui	2. _____ <input type="checkbox"/> non
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)?			
9. Blessure	Partie du corps atteinte: _____		<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée	
10. Incapacité de travail	Données complémentaires: _____			
11. Adresses médecins	Travail interrompu suite à l'accident? <input type="checkbox"/> oui, depuis le _____ à _____ % <input type="checkbox"/> non		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):	
	Le travail a-t-il été repris? <input type="checkbox"/> oui, depuis le _____ à _____ % <input type="checkbox"/> non		_____	
12. Salaire	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):		_____	
	Salaire de base contractuel (brut)		CHF par	heure
	Allocation de renchérissement		mois	année
	Allocation pour enfants, famille			
	Indemnités pour vacances, jours fériés en		% ou	
	Gratification, 13ème mois de salaire (et suivants) en		% ou	
Autres compl. de sal. (p.ex. à la tâche/commission/en nature/ind.pour trav. par équipe)				
Designations:				
13. Autres employeurs	<input type="checkbox"/> oui, Nom/adresse: _____		Caisse maladie:	
14. Autres prestations d'assurances sociales	<input type="checkbox"/> non		CCP ou compte bancaire de la personne blessée (remboursement des factures de soins):	
	L'assuré a-t-il le droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale ou privée?		_____	
	<input type="checkbox"/> Si oui, de laquelle? _____		_____	
	<input type="checkbox"/> Non		_____	

Transmettre à: assurance susmentionnée Lieu et date: _____ Timbre et signature: _____

Déclaration d'accident LAA

Double pour l'employeur

N° de sinistre

Assureur-Accidents: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA				
1. Employeur	Tél.:		N° de police:	
	Place de travail habituelle du blessé:		Unité Administrative:	
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:	
	Rue:	Etat civil:	Pays de résidence:	
	NPA:	Nationalité:	Type de permis de séjour:	
	Domicile:	Tél. du blessé:	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:	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire		<input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source	
	Rapport de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée > date de fin de contrat: _____	<input type="checkbox"/> contrat de travail résilié > date de résiliation: _____		
	Horaire de travail du blessé: ___ heures par semaine	Taux d'occupation contractuel: ___ %		
	Horaires usuels de travail à temps complet 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):			<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident:			
7. Constatations	Qui a procédé aux constatations?	Coordonnées des témoins?	Ont-ils été entendus?	
	Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1. _____ 2. _____	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
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 de l'absence:		
9. Blessure	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée			
	Données complémentaires: _____			
	Type de lésion: _____			
10. Incapacité de travail	Travail interrompu suite à l'accident? <input type="checkbox"/> oui, depuis le _____ à _____ % <input type="checkbox"/> non			
	Le travail a-t-il été repris? <input type="checkbox"/> oui, depuis le _____ à _____ % <input type="checkbox"/> non			
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			
	Allocation pour enfants, famille			
	Indemnités pour vacances, jours fériés en		% ou	
	Gratification, 13ème mois de salaire (et suivants) en		% ou	
	Autres compl. de sal. (p.ex. à la tâche/commission/en nature/ind.pour trav. par équipe)			
Désignations: _____				
13. Autres employeurs	<input type="checkbox"/> oui, Nom/adresse: _____		Caisse maladie:	
	<input type="checkbox"/> non			
14. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré a-t-il le droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale ou privée?		CCP ou compte bancaire de la personne blessée (remboursement des factures de soins):	
	<input type="checkbox"/> Si oui, de laquelle? _____ <input type="checkbox"/> Non		_____	

Feuille-accident LAA

N° de sinistre

Assureur-Accidents: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA			
1. Employeur	_____		Tél.:
	_____		N° de police:
_____		Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Date de naissance:
	Rue:		N° assurance sociale:
	NPA:		
	Domicile:		
3. Date de l'accident	Jour/Mois/Année:		Heure/minute:

Indications pour le blessé

Nous vous prions d'inscrire le **numéro de sinistre** – qui figure dans toutes nos correspondances – sur la feuille-accident et la feuille de pharmacie et de l'indiquer à chaque occasion.

La **feuille-accident** reste en votre possession pendant la durée du traitement; elle doit être présentée au médecin à chaque visite et remise à l'employeur après la fin du traitement. La feuille-accident ne constitue pas la garantie d'un droit aux prestations.

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

En tant qu'assurance-accidents obligatoire, nous couvrons les frais en division commune **lors d'un traitement hospitalier**. Pour la durée de séjour hospitalier, une participation aux frais d'entretien peut être déduite de l'indemnité journalière.

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). *

Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour après l'accident. L'indemnité journalière comprend 80% du gain assuré.

Les frais de voyage et de transport nécessaires vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen avantageux, adapté aux circonstances (p.ex. transports publics).

Inscription du médecin

Date de la prochaine consultation	Date de la consultation faite	Incapacité de travail		Signature du médecin
		Degré	A partir du	
*Remarques éventuelles quant à la capacité partielle				
1) _____%, c.-à.d. _____ h par jour à _____%				
2) _____%, c.-à.d. _____ h par jour à _____%				
3) _____%, c.-à.d. _____ h par jour à _____%				

Date de la prochaine consultation	Date de la consultation faite	Incapacité de travail		Signature du médecin
		Degré	A partir du	
Le traitement médical a pris fin le:		Médicaments délivrés par (nom et adresse de la pharmacie):		

Date:

Timbre du médecin:

Transmettre à: assuré -> médecin -> entreprise -> assurance

Feuille de pharmacie LAA

N° de sinistre

Assureur-Accidents: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA			
1. Employeur	Tél.:		N° de police:
	Place de travail habituelle du blessé:		Unité Administrative:
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		Date de naissance:
	Rue:		N° assurance sociale:
	NPA:		
	Domicile:		
3. 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.

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.

Note de la pharmacie

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

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

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 CCP ou banque et N° de compte

Si le décompte se fait par l'OFAC:

Transmettre à: assuré -> pharmacie -> assurance