

## Déclaration d'accident avec incapacité

### Employeur

#### Informations sur l'entreprise

Raison Sociale

Rue / Numéro

Complément d'adresse

NPA / Localité

N° du contrat

Unité administrative

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

Personne de contact

### Personne assurée

#### Informations personnelles de l'assuré

Civilité

Prénom

Nom

Identifiant de l'employé

Etat civil

Date de naissance

Nationalité / Permis de séjour

Numéro d'assurance sociale

Assurance maladie de base (LAMal)

Enfant(s) à charge

Recevez-vous une prestation d'assurance sociale ?

#### Coordonnées de l'assuré

Pays de résidence

Rue / Numéro

Complément d'adresse

NPA / Localité

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

#### Coordonnées bancaires/postales

À qui doivent-être versées les indemnités ?

IBAN

### Rapport de travail

#### Informations contractuelles

Type de contrat

Début du contrat de travail

Fin du contrat de travail

Le contrat est-il résilié ?

Pour quelle échéance ?

Fonction

Profession exercée

Lieu de travail habituel

**Description de l'accident**

**Horaire de travail**

Temps de travail de l'assuré H/semaine

Taux d'occupation contractuel

Horaire usuel dans l'entreprise H/semaine

Type d'occupation du poste

L'entreprise est-elle au chômage partiel ?

Nombre de jours de home office par semaine

**Autre employeur**

Raison sociale / Nom

Pays

Rue / Numéro

Complément d'adresse

NPA / Localité

**Données de l'accident**

Nature de l'accident

Dernier jour de travail

Heure de départ du lieu de travail

Date de l'accident

Heure de l'accident

Motif de l'absence

Lieu/endroit

Description de l'accident

Activité au moment de l'accident

Déclencheur de l'accident

**Rapport de police**

Un rapport de police a-t-il été produit ?

Qui a procédé aux constatations ?

**Personne en cause ou impliquée ?**

Une autre personne est-elle impliquée dans l'accident ?

Prénom

Nom

Pays de résidence

Rue / Numéro

Complément d'adresse

NPA / Localité

Prénom

Nom

Pays de résidence

Rue / Numéro

Complément d'adresse

NPA / Localité

**Lésions et blessures**

**Lésions et blessures**

La personne assurée est-elle décédée ?

Partie du corps atteinte

Côté du corps

Données complémentaires sur les blessures

Type de lésion

**Soins médicaux**

Premiers soins médicaux

Suite des soins médicaux

**Incapacité de travail**

**Incapacité de travail**

Début de l'incapacité

Heure :

Taux d'incapacité

**Reprise du travail**

Date effective de la reprise du travail

**Salaires**

**Données salariales**

Assujetti à l'impôt à la source

Montant du salaire brut

Bonus, 13<sup>e</sup> mois de salaire (et suivants)

**Autres prestations**

Indemnités pour vacances, jours fériés

Allocations pour enfant, famille

Allocation de renchérissement

Autres compléments de salaire

Montant total des compléments

**Lieu et date :**