

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-êtré 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^e 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 :