

Déclaration d'accident LAA

N° de sinistre

Assureur-Accidents: Groupe Mutuel Assurances GMA SA		Mutuel Assurances SA	
1. Employeur		N° tél.:	N° de police:
Place de travail habituelle du blessé (secteur/Unité Administrative):			
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° AVS:
	Rue:	Etat civil:	Nationalité:
	NPA: Domicile:	N° tél. du blessé: 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 <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié		
	Horaire de travail du blessé/é: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent 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):		
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	<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	
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? _____	
	Le travail a-t-il été repris? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	depuis le _____ à _____ %	
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 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 équipes)	
Désignations: _____			
13. Autres employeurs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Caisse maladie:	
	nom/adresse _____	_____	
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 ?		N° de CCP ou compte bancaire de l'assuré:
	<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: Groupe Mutuel Assurances GMA SA		Mutuel Assurances SA	
1. Employeur		N° tél.:	N° de police:
Place de travail habituelle du blessé (secteur/Unité Administrative)			
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° AVS:
	Rue:	Etat civil:	Nationalité:
	NPA: Domicile:	N° tél. du blessé: 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:
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"/> Membre de la famille, associé	
Rapport de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié		<input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source	
Horaire de travail du blessé/é: _____ heures par semaine		Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent	
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):		
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	
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? _____	
	Le travail a-t-il été repris? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui	depuis le _____ à _____ %	
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 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 équipes)			
Désignations: _____			
13. Autres employeurs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Caisse maladie:	
	nom/adresse _____		
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 ?		N° de CCP ou compte bancaire de l'assuré:
	<input type="checkbox"/> Si oui, de laquelle? _____ <input type="checkbox"/> Non		

Feuille-accident LAA

N° de sinistre

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

Indications pour le/la blessé/e

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

Timbre du médecin

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

Feuille de pharmacie LAA

N° de sinistre

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

Indications pour le/la blessé/e

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