

## Déclaration d'accident LAA

N° de sinistre

<b>Assureur-Accidents:</b> <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA				
<b>1. Employeur</b>	Tél.:		N° de police:	
	Place de travail habituelle du blessé:		Unité Administrative:	
<b>2. Blessé</b>	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:	
	Rue:	Etat civil:	Nationalité:	
	NPA:	Tél. du blessé:	Pays de résidence:	
	Domicile:	Email:	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans ____ enfant(s) <input type="checkbox"/> aucun	
<b>3. Engagement</b>	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		
<b>4. Date de l'accident</b>	Jour/Mois/Année:		Heure/minute:	
<b>5. Lieu de l'accident</b>	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue):			<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger
<b>6. Faits (description de l'accident)</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident: _____			
<b>7. Constatations</b>	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	
<b>8. Accident non prof.</b>	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour <b>la dernière fois</b> dans l'entreprise <b>avant l'accident</b> (jour, date, heure)? Jusqu'à: _____ Motif de l'absence: _____			
<b>9. Blessure</b>	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée Données complémentaires: _____ Type de lésion: _____			
<b>10. Incapacité de travail</b>	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			
<b>11. Adresses médecins</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):	
<b>12. Salaire</b>	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) Designations: _____				
<b>13. Autres employeurs</b>	<input type="checkbox"/> oui, Nom/adresse: _____		<b>Caisse maladie:</b>	
	<input type="checkbox"/> non			
<b>14. Autres prestations d'assurances sociales</b>	L'assuré a-t-il le droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale ou privée?			<b>CCP ou compte bancaire de la personne blessée (remboursement des factures de soins):</b>
	<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

<b>Assureur-Accidents:</b> <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA				
<b>1. Employeur</b>	Tél.:		N° de police:	
	Place de travail habituelle du blessé:		Unité Administrative:	
<b>2. Blessé</b>	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:	
	Rue:	Etat civil:	Nationalité:	
	NPA:	Tél. du blessé:	Pays de résidence:	
	Domicile:	Email:	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans ____ enfant(s) <input type="checkbox"/> aucun	
<b>3. Engagement</b>	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		
<b>4. Date de l'accident</b>	Jour/Mois/Année:	Heure/minute:		
<b>5. Lieu de l'accident</b>	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue):			<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger
<b>6. Faits (description de l'accident)</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident: _____			
<b>7. Constatations</b>	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
<b>8. Accident non prof.</b>	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour <b>la dernière fois</b> dans l'entreprise <b>avant l'accident</b> (jour, date, heure)?			
<b>9. Blessure</b>	Jusqu'à: _____ Motif de l'absence: _____			
	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée			
	Données complémentaires: _____ Type de lésion: _____			
<b>10. Incapacité de travail</b>	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			
<b>11. Adresses médecins</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):	
	_____		_____	
<b>12. Salaire</b>	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: _____				
<b>13. Autres employeurs</b>	<input type="checkbox"/> oui, Nom/adresse: _____		<b>Caisse maladie:</b>	
	<input type="checkbox"/> non		_____	
<b>14. Autres prestations d'assurances sociales</b>	L'assuré a-t-il le droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale ou privée?		<b>CCP ou compte bancaire de la personne blessée (remboursement des factures de soins):</b>	
	<input type="checkbox"/> Si oui, de laquelle? _____ <input type="checkbox"/> Non		_____	

## Feuille-accident LAA

N° de sinistre

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

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

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: \_\_\_\_\_

<b>3</b>	code				
----------	------	--	--	--	--

N° de CCP ou banque et N° de compte
Si le décompte se fait par l'OFAC:

Transmettre à: assuré -> pharmacie -> assurance