

Notice explicative pour la déclaration de sinistre

Veillez nous faire parvenir au plus tôt la présente déclaration de sinistre dûment remplie selon les indications ci-dessous. Merci de votre collaboration.

Remarques générales

Le présent jeu de formules doit être rempli

- lorsque l'incapacité de travail dure plus de trois jours (jour de l'accident compris);
- en cas de maladie professionnelle;
- en cas de lésion dentaire;
- en cas de rechute.

Lorsque seul un traitement dentaire est nécessaire, il vous suffit d'envoyer la déclaration de sinistre (form. 109 sans le chiffre 12 concernant les indications relatives au salaire) à l'agence compétente; les autres formules peuvent être détruites. L'agence se chargera de prendre contact avec le médecin-dentiste.

En cas de rechute, veuillez indiquer le numéro de sinistre correspondant. A défaut, prière d'indiquer la date de l'accident et l'employeur d'alors.

En cas d'accidents graves, notamment en cas de décès, nous vous prions d'aviser immédiatement l'agence compétente par téléphone.

Si aucune de ces conditions n'est remplie, il suffit de remplir le jeu de formules vert «Déclaration d'accident-bagatelle LAA».

Utilisation des données

Les données de la présente déclaration de sinistre sont utilisées pour:

- la liquidation du cas;
- l'établissement de statistiques anonymes dans le domaine de la prévention des accidents et des maladies professionnelles;
- la remise légale de données anonymes à l'Office fédéral de la statistique chargé d'établir la statistique publique fédérale de l'évolution des salaires.

Explications concernant certaines questions posées dans de la déclaration de sinistre

Chiffre 1 «Place de travail habituelle»

Tournage/Menuiserie/Bureau informatique

Chiffre 3 «Profession exercée»

L'activité professionnelle principale du blessé est à indiquer aussi précisément que possible.

Exemples:

«**meuleur sur métaux**» (au lieu de «meuleur»),
«**vendeuse textiles**» (au lieu de «vendeuse»),
«**directrice des finances**» (au lieu de «directrice»).

Les indications telles que manoeuvre, employé, etc., ne suffisent pas.

Chiffre 5 «Lieu de l'accident»

Exemples:

En cas d'accidents professionnels:
1211 Genève, halle 1, chantier xy, escalier C

En cas d'accidents non professionnels:
1820 Montreux, carrefour Grand-Rue – rue du Casino
ou 1007 Lausanne, stade de Vidy

Chiffre 6 «Faits (description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)»

Le déroulement de l'accident et les circonstances dans lesquelles il s'est produit doivent être décrits aussi précisément que possible.

Chiffre 8 «Accident non professionnel»

Si le blessé ne travaillait pas avant l'accident, veuillez préciser le motif d'absence (p. ex. vacances, maladie, service militaire, congé non payé, chômage).

Chiffre 12 «Salaire»

En vertu de l'art. 7 de l'ordonnance sur l'assurance-vieillesse et survivants, il convient désormais d'indiquer le salaire déterminant pour l'AVS, c.-à-d. le salaire brut avant déduction des cotisations aux assurances sociales, des impôts, etc., auquel l'assuré avait droit au moment de l'accident.

Le salaire effectif sera également indiqué pour les salaires supérieurs au montant maximum du gain assuré.

Pour l'assurance facultative des patrons, on indiquera le salaire annuel convenu.

**Déclaration de sinistre LAA
Double pour l'entreprise**
 Accident Dommage dentaire
 Maladie prof. Rechute

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal		N° de tél.	N° de police	
			Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé	Nom et prénom		Date de naissance	N° AVS	
	Rue		N° de tél. (si connu)	Nationalité	
	NPA	Domicile	Etat civil	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				
	Rapports 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: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail 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, suspicion de maladie professionnelle)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident				
Personne(s) impliquée(s): _____ Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu					
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)				
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 d'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?		
	Durée probable de l'incapacité de travail supérieure à 1 mois <input type="checkbox"/>		Le travail a été repris le _____ <input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps part.		
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 comprise.....			
		Allocations pour enfants, famille.....			
		Indemnités pour vacances, jours fériés..... en % ou			
		Gratification, 13 ^e mois de salaire (et suivants)..... en % ou			
		Autres compl. de sal. (p. ex. à la tâche/commission/en nature/ind. pour trav. par équipes)			
Designation: _____					
13. Cas spéciaux	<input type="checkbox"/> Assurance facultative des patrons <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujéti à l'impôt à la source <input type="checkbox"/> Autre(s) employeur(s): _____				
14. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une caisse-maladie, de la Suva ou d'une autre assurance-accidents obligatoire, de l'assurance-invalidité, de l'assurance-vieillesse et survivants, d'une institution de prévoyance professionnelle, de l'assurance militaire, de la caisse de chômage?				
	Si oui, de laquelle? Nom de l'assurance maladie obligatoire: _____				

Lieu et date

Timbre et signature

Certificat médical LAA

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal		N° de tél.	N° de police
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
2. Blessé	Nom et prénom		Date de naissance	N° AVS
	Rue		N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA	Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans <input type="checkbox"/> 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			
	Rapports 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: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail 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
1. Le traitement	Jour	Mois	Année	Heure <input type="checkbox"/> pendant <input type="checkbox"/> hors des heures des consultations <input type="checkbox"/> sur les lieux de l'accident <input type="checkbox"/> au domicile du/de la patient/e
	2. Indications du/de la patient/e Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?			
3. Etat général	a) Constatations particulières (mentalité, alcool, drogues, etc.)			
	b) Suites de maladies et accidents aussi qu'anomalies physiques (invalidité)			
4. Constat				
Constat radiologique:				
5. Diagnostic provisoire				
6. Causalité	a) Quelles causes entrent en considération pour les symptômes actuels? <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> autre: laquelle?		b) le patient a-t-il déjà souffert auparavant d'atteintes similaires à la santé? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, traitement par	
	7. Thérapie			
a) Qu'avez-vous entrepris jusqu'ici?				
b) Proposez-vous des mesures spéciales médicales ou non médicales?				
c) Est-ce que le/la patient/e a été hospitalisé/e? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui; où?				
8. Incapacité de travail	<input type="checkbox"/> oui, à _____ % dès le _____		probablement jusqu'à _____	
	<input type="checkbox"/> non			
9. Reprise du travail	<input type="checkbox"/> oui partielle à _____ % dès le _____		complète dès le _____	
	<input type="checkbox"/> non			
10. Fin du traitement	<input type="checkbox"/> oui, le: _____			
	<input type="checkbox"/> non, probablement dans _____ semaines			

Lieu et date

Timbre et signature **du médecin**

