

Numéro de sinistre

Déclaration d'accident LAA

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police			
	Place de travail habituelle de la pers. blessée (sect.d'entrepr.)					
2. Blessé(e)	Date de naissance		N° AVS (11 chiffres)			
Nom et prénom	Nationalité		Lieu d'origine			
Rue/N°	État civil		Enfants de moins de 20 ans ou en formation jusqu'à 25 ans			
NPA/Lieu			nombre aucun			
N° de tél./E-Mail						
C. postal ou bancaire						
Caisse-maladie						
3. Engagement	Date d'engagement	Activité professionnelle habituelle		qualifié(e)	semi-qual.	
				non qualifié(e)	apprenti(e)	
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu (lieu, endroit)?					
6. Description de l'accident	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident; personnes, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident					
7. Constatations	Qui a procédé aux constatations?		Noms des témoins		Ont-ils été entendus?	
	Une enquête est-elle désirée? oui non				oui non	
8. Accident non professionnel	Quand la pers. blessée a-t-elle travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident (jour, date, heure)?					
9. Blessure	Partie du corps atteinte (gauche / droite)		Nature de la lésion			
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident? oui non		Si oui, depuis quand (date et heure)?			
11. Adresses médecins	Premiers soins par médecin / hôpital / clinique		Suite du traitement par médecin / hôpital / clinique			
12. Horaire de travail du blessé/ de la blessée	Jours par semaine	Heures par semaine	Heures de travail hebdomadaires de l'entreprise	Occupation: irrégulière chômage partiel		
13. Salaire	CHF par		heure ①	jour ②	mois ③	année ④
En espèces	Salaire de base (brut)					
	Allocation de renchérissement					
	A la tâche / commission					
	Allocation pour enfants / famille					
	Indemnités pour vacances/jours fériés % ou ...					
	Autres allocations (genre):					
	Gratification / 13 ^e salaire) % ou ...					
En nature	Genre:					
	Est-il(elle) soumis(e) à l'impôt à la source? oui non					
Cas spéciaux	Membre de la famille	membre associé	pers.ass. à titre facult.		saisonnier(ière)	
	Autre employeur:					
14. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré(e) a-t-il(elle) déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale: Caisse-maladie, CNA ou autre Assurance accidents obligatoire, Assurance-invalidité, Assurance-vieillesse et survivants, Assurance militaire, Assurance chômage?					
	non si oui, de laquelle?					

Lieu et date

Timbre et signature

 Va à: **Nationale Suisse Assurances**

Numéro de sinistre

Déclaration d'accident LAA

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police	
	Place de travail habituelle de la pers. blessée (sect.d'entrepr.)			
2. Blessé(e)		Date de naissance	N° AVS (11 chiffres)	
Nom et prénom		Nationalité	Lieu d'origine	
Rue/N°		État civil	Enfants de moins de 20 ans ou en formation jusqu'à 25 ans	
NPA/Lieu			nombre	aucun
N° de tél./E-Mail				
C. postal ou bancaire				
Caisse-maladie				
3. Engagement	Date d'engagement	Activité professionnelle habituelle	qualifié(e)	semi-qual.
			non qualifié(e)	apprenti(e)
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute
5. Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu (lieu, endroit)?			
6. Description de l'accident	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident; personnes, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident			
7. Constatations	Qui a procédé aux constatations?	Noms des témoins	Ont-ils été entendus?	
	Une enquête est-elle désirée?	oui non	oui non	
8. Accident non professionnel	Quand la pers. blessée a-t-elle travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident (jour, date, heure)?			
9. Blessure	Partie du corps atteinte (gauche / droite)		Nature de la lésion	
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident?		Si oui, depuis quand (date et heure)?	
	oui non			
11. Adresses médecins	Premiers soins par médecin / hôpital / clinique		Suite du traitement par médecin / hôpital / clinique	
12. Horaire de travail du blessé/ de la blessée	Jours par semaine	Heures par semaine	Heures de travail hebdomadaires de l'entreprise	Occupation: irrégulière chômage partiel
13. Salaire		CHF par	heure ^①	jour ^②
En espèces	Salaire de base (brut)			
	Allocation de renchérissement			
	A la tâche / commission			
	Allocation pour enfants / famille			
	Indemnités pour vacances/jours fériés % ou ...			
	Autres allocations (genre):			
	Gratification / 13 ^e salaire) % ou ...			
En nature	Genre:			
	Est-il(elle) soumis(e) à l'impôt à la source? oui non			
Cas spéciaux	Membre de la famille	membre associé	pers.ass. à titre facult.	saisonnier(ière)
	Autre employeur:			
14. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré(e) a-t-il(elle) déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale: Caisse-maladie, CNA ou autre Assurance accidents obligatoire, Assurance-invalidité, Assurance-vieillesse et survivants, Assurance militaire, Assurance chômage?			
	non si oui, de laquelle?			

Lieu et date

Timbre et signature

Copie pour l'employeur

Numéro de sinistre

Rapport médical initial LAA

Employeur	Nom et adresse avec N° postal		N° de tél.	N° de police	
	Place de travail habituelle de la pers. blessée (sect.d'entrepr.)				
Blessé(e)			Date de naissance	N° AVS (11 chiffres)	
Nom et prénom			Nationalité	Lieu d'origine	
Rue/N°			État civil	Enfants de moins de 20 ans ou en formation jusqu'à 25 ans	
NPA/Lieu				nombre	aucun
N° de tél./E-Mail					
C. postal ou bancaire					
Caisse-maladie					
Engagement	Date d'engagement	Activité professionnelle habituelle		qualifié(e)	semi-qual.
				non qualifié(e)	apprenti(e)
Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute	
1. Premiers soins	Jour	Mois	Année	Heure	<input type="checkbox"/> pendant <input type="checkbox"/> sur le lieu de l'acc.
					<input type="checkbox"/> en dehors des heures de consul. <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) Observations particulières (comportement, alcool, drogues, etc.) b) Suites de maladies, d'accidents, anomalies corporelles (invalidité)				
4. Constatations	Constatations radiologiques:				
5. Diagnostic					
6. Causalité	Le lésions sont-elles dues uniquement à l'accident?		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	Si non, donner des explications s.v.p.:				
7. Thérapie	a) Traitement ordonné? b) Proposez-vous des mesures spéciales? c) Le(la) patient(e) est-il(elle) hospitalisé(e)? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui; où?				
8. Incapacité de travail	<input type="checkbox"/> oui	% dès le		probablement jusqu'au	
	<input type="checkbox"/> non				
9. Reprise du travail	<input type="checkbox"/> oui, partiellement à	% dès le		complètement dès le	
	<input type="checkbox"/> non				
10. Traitement terminé	<input type="checkbox"/> oui, le				
	<input type="checkbox"/> non – probablement dans	semaines			

Lieu et date

Timbre et signature du médecin

Va à:

Premier médecin traitant ⇒ Nationale Suisse Assurances

