

Déclaration d'accident LAA

Compagnie d'assurance

N° de police

N° de sinistre

Employeur			
Preneur d'assurance :		Rue :	
Tél. professionnel :		N° postal / Localité :	
Mobile :		Fax :	
e-mail :		Autre employeurs ?	
Blessé			
Nom Prénom :		Rue :	
Tél. professionnel :		N° postal / Localité :	
Mobile :		Fax :	
Date de naissance :		e-mail :	
Nationalité(s) :		N° AVS :	
Etat civil :		CCP ou compte bancaire :	
Nom de la caisse maladie :		Adresse de la caisse maladie :	
Fonction :		Activité professionnelle habituelle :	
Date d'engagement :		Rapports de travail :	
Horaire de travail :	heures par semaine : ____	Occupation irrégulière	Chômage partiel
Date de l'accident (Préciser l'heure et les minutes si possible) :			
Lieu de l'accident :			
Description de l'accident			
Constatations			
Qui a procédé aux constatations?			
Nom prénom :		Adresse :	
Téléphone :		Une enquête est-elle désirée?	
Témoins			
Nom prénom :		Adresse :	À-ils été entendus?
Nom prénom :		Adresse :	À-ils été entendus?
Nom prénom :		Adresse :	À-ils été entendus?
Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident (jour, date, heure) ?			

Déclaration d'accident LAA

Blessure		
Qui a procédé aux constatations?		
Partie du corps atteinte :		Nature de la lésion :
Travail interrompu à la suite de l'accident ?		Si oui, depuis quand (date et heure) ?
Durée probable de l'incapacité de travail :		
Si le travail a été repris :	Date de la reprise :	
	Type de reprise :	
Premiers soins		
Premiers soins par		
Où ?		
Suite du traitement par		
Où ?		
Cas spéciaux :		
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?		
Salaire		
CHF par heures	CHF par Mois	CHF par Années
Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise		
Allocations pour enfants, famille		
Indemnités pour vacances, jours fériés (en %)		
Gratification, 13e mois de salaire (et suivants)		
Autres complément de salaire:		

Autorisation

Le/la soussigné(e) autorise la compagnie d'assurance à demander tous les renseignements concernant le sinistre auprès des assurés ou de tiers et à consulter les documents officiels et judiciaires concernant le sinistre. La compagnie d'assurance est en outre autorisée à transmettre les données en rapport avec le sinistre à des institutions officielles ou judiciaires et à d'autres compagnies d'assurances (co-assureur ou réassureur) en Suisse et à l'étranger. Le/la soussigné(e) est prié(e) de s'abstenir d'accepter toute prétention de responsabilité avant de contacter la compagnie d'assurance.

Lieu et date Signature / Timbre du preneur d'assurance

Merci de bien vouloir envoyer / faxer cette déclaration de sinistre dûment complétée et signée à :

first partner Sarl
Rue du Rhône, 118
1204 Genève

e-mail : sinistre@first-partner.ch
Téléphone: 0041(0)22 808 02 00
Fax: 0041(0)22 808 02 04

Rapport médical initial LAA

Compagnie d'assurance

N° de police

N° de sinistre

Employeur			
Preneur d'assurance :		Rue :	
Tél. professionnel :		N° postal / Localité :	
Mobile :		Fax :	
e-mail :		Autre employeurs ?	
Blessé			
Nom Prénom :		Rue :	
Tél. professionnel :		N° postal / Localité :	
Mobile :		Fax :	
Date de naissance :		e-mail :	
Nationalité(s) :		N° AVS :	
Etat civil :		CCP ou compte bancaire :	
Nom de la caisse maladie :		Adresse de la caisse maladie :	
Fonction :		Activité professionnelle habituelle :	
Date d'engagement :		Rapports de travail :	
Horaire de travail :	heures par semaine : ___	Occupation irrégulière	Chômage partiel
Date de l'accident (Préciser l'heure et les minutes si possible) :			
Lieu de l'accident :			
Premiers soins			
Date des premiers soins :			
Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute ?			
Observations particulières (comportement, alcool, drogues, etc.) :			
Suites de maladies, d'accidents, anomalies corporelles (invalidité) :			
Constatations :			
Constatations radiologiques :			
Diagnostic :			
Les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident ?			
Sinon, justifier cette affirmation :			
Thérapie			
Traitement ordonné :			
Proposez-vous des mesures particulières ?			
Le patient est-il hospitalisé ? Si oui, où ?	Oui	Non	
Incapacité de travail ?	Oui	Non	
Reprise du travail ?	Oui	Non	
Traitement terminé ?	Oui	Non	

Feuille-accident LAA

Compagnie d'assurance

N° de police

N° de sinistre

Employeur			
Preneur d'assurance :		Rue :	
Tél. professionnel :		N° postal / Localité :	
Mobile :		Fax :	
e-mail :		Autre employeurs ?	
Blessé			
Nom Prénom :		Rue :	
Tél. professionnel :		N° postal / Localité :	
Mobile :		Fax :	
Date de naissance :		e-mail :	
Nationalité(s) :		N° AVS :	
Etat civil :		CCP ou compte bancaire :	
Nom de la caisse maladie :		Adresse de la caisse maladie :	
Fonction :		Activité professionnelle habituelle :	
Date d'engagement :		Rapports de travail :	
Horaire de travail :	heures par semaine : ____	Occupation irrégulière	Chômage partiel
Date de l'accident (Préciser l'heure et les minutes si possible) :			
Lieu de l'accident :			

• Nous vous prions d'inscrire le numéro de sinistre – qui figure dans toute notre correspondance – 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.

• Traitement à l'hôpital : L'assurance-accidents selon la LAA couvre les frais en division commune. Pour la durée du séjour hospitalier, une participation aux frais d'entretien peut être déduite de l'indemnité journalière. L'existence d'une assurance complémentaire reste réservée.

• Changement de médecin : En cas de changement de médecin, veuillez prendre contact immédiatement avec l'assurance.

• 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.

• Le droit à l'indemnité journalière découlant de l'assurance-accidents selon la LAA naît le troisième jour après l'accident. L'indemnité journalière se monte à 80 % du gain assuré. La communication que chaque assuré reçoit lors de l'acceptation de l'accident renseigne sur le paiement de l'indemnité.

• Les frais de voyage et de transport nécessaires vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen de transport avantageux, adapté aux circonstances (par ex. transports publics).

Date et heure de la consultation faite :	Date et heure de la prochaine consultation :	Incapacité de travail	Nom et signature du médecin:
		Degré : _____ À partir du : _____	
		Degré : _____ À partir du : _____	
		Degré : _____ À partir du : _____	
		Degré : _____ À partir du : _____	
Le traitement médical a pris fin le :			
Timbre du médecin :			

