

Déclaration de sinistre LAA		<input type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie prof.		<input type="checkbox"/> Dommage dentaire <input type="checkbox"/> Rechute		N° de sinistre	
		1. Employeur		Nom et adresse avec n° postal		Tél.	
				Interlocuteur (nom, tél., e-mail)			
				Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
2. Blessé		Nom et adresse avec n° postal		Date de naissance		No AS / No AVS	
				Tél. (si connu)		Nationalité	
		Obligation de retenue à la source:		État 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		Groupes/cercles de personnes	
		Fonction: <input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Cadre moyen		<input type="checkbox"/> Employé/travailleur		<input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire	
		Relation: <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée		<input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée		<input type="checkbox"/> Contrat de travail résilié	
		Horaire de travail du blessé: heures par semaine		Taux d'occupation contractuel:		%	
		Horaire de travail dans l'entreprise: (heures par semaine)		Occupation:			
4. Date du sinistre		Jour		Mois		Année	
						Heure, minute	
5. Lieu de l'accident		Lieu (nom ou NPA) et endroit (p. ex. atelier, rue)					
6. Faits		Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident					
		(description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)					
		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		Objets en cause (p. ex. outil, véhicule, substance dont il s'agit)					
8. Accident non professionnel		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							
10. Incapacité de travail		Travail interrompu à la suite de l'accident?		<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, depuis quand?	
		Probable durée de l'incapacité: supérieure à 1 mois: <input type="checkbox"/>		Le travail a été repris le:		%	
				Depuis		<input type="checkbox"/> en plein <input type="checkbox"/> part	
11. Adresse 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					
		Allocation pour enfants/famille					
		Ind. pour vacances/jours fériés					
		Gratification / 13e mois					
		Autres allocations (p. ex. à la tâche/commission/en nature/indemnité pour travail par équipes)					
		Désignation:					
13. Cas spéciaux		<input type="checkbox"/> Assurance facultative des patrons		<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé			
		<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 ou à une indemnité en cas de maternité? Si oui, de laquelle?					