

Déclaration de sinistre LAA

 Accident Dommage dentaire
 Maladie prof. Rechute

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise		
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS		
	Rue	N° de tél.	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: _____ % 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. place de travail, rue)				
6. Faits description de l'accident	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) 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	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? _____				

Lieu et date

Timbre et signature

 Va à: **HOTELA**

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° d'entreprise	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS	
	Rue	N° de tél.	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: _____ % 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. place de travail, 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 salaire (p. ex. à la tâche/commission/en nature)			
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? Si oui; de laquelle?			

Lieu et date

Timbre et signature

Feuille de pharmacie LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →

N° de sinistre

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS	
	Rue	N° de tél. (si connu)		
	NPA Domicile			
Date de l'accident	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 reportez 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.
Joindre les ordonnances s. v. p.		Total	

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'adresse ci-dessus.

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: _____

N° de compte postal ou N° de concordat
--

Feuille-accident LAA

Prière d'inscrire ici le
numéro de sinistre →

N° de sinistre

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél.	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans _____ enfant(s) <input type="checkbox"/> Aucun
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: _____ % Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures par semaine Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel		
Date de l'accident	Jour Mois Année	Heure, minute	

Indications pour le blessé

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.

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

Traitement à l'hôpital. En tant qu'assurance-accidents obligatoire, nous couvrons les frais en division commune. 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. 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 (p. ex. pour se rendre chez le médecin/à l'hôpital le plus proche) vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen de transport avantageux, adapté aux circonstances (p. ex. transports publics). Le cas échéant, prenez un abonnement. Veuillez noter sur votre note de frais le numéro de votre compte postal ou celui de votre banque. Si, pour des raisons personnelles, vous vous faites soigner en dehors du lieu de votre domicile, les frais supplémentaires qui en résultent ne peuvent pas être pris en charge par l'assurance.

Inscriptions du médecin

Date et heure		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation faite	Degré	à partir du	

Date et heure		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation faite	Degré	à partir du	
Le traitement médical a pris fin le		Médicaments délivrés par (nom et adresse de la pharmacie):		

* 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 %

Timbre du médecin