Helsana

# Déclaration de sinistre LAA

☐ Accident ☐ Dommage dentaire
☐ Maladie prof. ☐ Rechute

N° de sinistre

Voir la notice explicative pour la déclaration de sinistre à la page 4

**1. Employeur**
Nom et adresse avec n° postal
N° de tél.
N° de police LAA
E-mail
N° de police LAA-C
Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)

**2. Blessé**
Nom et prénom
Date de naissance
N° AVS
Rue
N° de tél.
Nationalité/Permis
Pays NPA Domicile
E-mail
Etat civil

**3. Engagement**
Date d'engagement
Profession exercée
Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire
Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ contrat de travail résilié au:
Horaire de travail du blessé: heures/semaine Taux d'occupation contractuel: pour cent
Horaire de travail dans l'entreprise: heures/semaine Occupation: ☐ irrégulière ☐ chômage partiel ☐ gain intermédiaire

**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? ☐ oui si oui, établi par: ☐ non ☐ inconnu
Existe-t-il un protocole d'accident? ☐ oui, (joindre copie) ☐ non

**7. Accident professionnel**
Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)

**8. Accident non prof.**
Quand le blessé a-t-il travaillé pour **la dernière fois** dans l'entreprise **avant l'accident** (jour, date, heure)?
Le: Motif d'absence:

**9. Blessure**
Partie du corps atteinte: ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée
Type de lésion:

**10. Incapacité de travail**
Travail interrompu à la suite de l'accident? ☐ oui ☐ non si oui, depuis quand?
Durée probable de l'incapacité de travail supérieure à 1 mois ☐
Le travail a été repris le
Depuis quand? ☐ plein temps ☐ temps part.

**11. Adresses médecins**
Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)
Si hôpital/clinique: ☐ ambulatoire ☐ stationnaire
Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)
Si hôpital/clinique: ☐ ambulatoire ☐ stationnaire

**12. Salaire** CHF

| | heure | mois | année |
|---|---|---|---|
| Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise | | | |
| Allocations pour enfants, famille (enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans: ) | | | |
| Indemnités pour vacances, jours fériés ..... en % ou | | | |
| Gratification, 13e 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**
Autre(s) employeur(s): ☐ Non ☐ Oui, ☐ Assujetti à l'impôt la source
☐ Assurance facultative (employeur/indépendant) ☐ Membre de la famille, associé ☐ Travailleur détaché

**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?
☐ non ☐ oui Si oui, laquelle?
Nom de l'assurance maladie obligatoire (N° de Police):

**Lieu et date** **Signature du blessé** **Timbre et signature de l'employeur**

**Va à:** **Helsana**

**Adresse de retour à la page 5**

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA et Progrès Assurances SA.

HEL-00137-fr-1216-0009-37321

Helsana

**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 LAA |
| | | E-mail | N° de police LAA-C |
| | | Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) | |
| **2. Blessé** | Nom et prénom | Date de naissance | N° AVS |
| | Rue | N° de tél. | Nationalité/Permis |
| | Pays NPA Domicile | E-mail | Etat civil |
| **3. Engagement** | Date d'engagement | Profession exercée | |

Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire
Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ contrat de travail résilié au:
Horaire de travail du blessé: heures/semaine Taux d'occupation contractuel: pour cent
Horaire de travail dans l'entreprise: heures/semaine Occupation: ☐ irrégulière ☐ chômage partiel ☐ gain intermédiaire

**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? ☐ oui si oui, établi par: ☐ non ☐ inconnu
Existe-t-il un protocole d'accident? ☐ oui, (joindre copie) ☐ non

**7. Accident professionnel** Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)

**8. Accident non prof.** Quand le blessé a-t-il travaillé pour **la dernière fois** dans l'entreprise **avant l'accident** (jour, date, heure)?
Le: Motif d'absence:

**9. Blessure** Partie du corps atteinte: ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée
Type de lésion:

**10. Incapacité de travail** Travail interrompu à la suite de l'accident? ☐ oui ☐ non si oui, depuis quand?
Durée probable de l'incapacité de travail supérieure à 1 mois ☐
Le travail a été repris le
Depuis quand? ☐ plein temps ☐ temps part.

**11. Adresses médecins** Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)
Si hôpital/clinique: ☐ ambulatoire ☐ stationnaire
Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)
Si hôpital/clinique: ☐ ambulatoire ☐ stationnaire

**12. Salaire** CHF

| | heure | mois | année |
|---|---|---|---|
| Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise | | | |
| Allocations pour enfants, famille (enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans: ) | | | |
| Indemnités pour vacances, jours fériés ..... en % ou | | | |
| Gratification, 13e 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** Autre(s) employeur(s): ☐ Non ☐ Oui, ☐ Assujetti à l'imôt la source
☐ Assurance facultative (employeur/indépendant) ☐ Membre de la famille, associé ☐ Travailleur détaché

**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?
☐ non ☐ oui Si oui, laquelle?
Nom de l'assurance maladie obligatoire (N° de Police):

**Lieu et date** **Signature du blessé** **Timbre et signature de l'employeur**

**Va à:** **Helsana**

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA et Progrès Assurances SA.

HEL-00137-fr-1216-0009-37321

Helsana

# Feuille-accident LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →

| N° de sinistre |
|---|
| |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **1. Employeur** | Nom et adresse avec n° postal | N° de tél. | N° de police LAA |
| | | E-mail | N° de police LAA-C |
| | | Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) | |
| **2. Blessé** | Nom et prénom | Date de naissance | N° AVS |
| | Rue | N° de tél. | Nationalité/Permis |
| | Pays NPA Domicile | E-mail | Etat civil |
| **3. Engagement** | Date d'engagement | Profession exercée | |
| | Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire | | |
| | Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ contrat de travail résilié au: | | |
| | Horaire de travail du blessé: heures/semaine Taux d'occupation contractuel: pour cent | | |
| | Horaire de travail dans l'entreprise: heures/semaine Occupation: ☐ irrégulière ☐ chômage partiel ☐ gain intermédiaire | | |
| **4. 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 Helsana.
**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'existence d'une assurance complémentaire demeure réservée.

**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.
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 bancaire. 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 Helsana.

## Inscriptions du médecin

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

| *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 | % | |

| 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): |
|---|---|
| | |

**Timbre et signature du médecin**

**Va à: blessé → entreprise → Helsana**

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA et Progrès Assurances SA.

HEL-00137-fr-1216-0009-37321

## Notice explicative pour la déclaration de sinistre

Veuillez 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 (sans le chiffre 12 concernant les indications relatives au salaire) à Helsana; les autres formules peuvent être
détruites. Helsana 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 Helsana par téléphone.

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

### Utilisation des données

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

a) la liquidation du cas;

b) l'établissement de statistiques anonymes dans le domaine de la prévention des accidents et des maladies professionnelles;

c) 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 la déclaration de sinistre

**Chiffre 1 «Place de travail habituelle»**

Comptabilité/Section mode/école/Bureau informatique

**Chiffre 3 «Profession exercée»**

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

Exemples:
Apprenti de commerce/vendeuse textiles/directrice des finances/cuisinier/opérateur/concierge

Les indications telles que manœuvre, 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 '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, on indiquera le salaire annuel convenu.

Helsana Accidents SA
Service Clientèle Entreprises
Av. de Provence 15
Case postale 839
1001 Lausanne