

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° 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: <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 au:				
	Horaire de travail du blessé: _____ heures/semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures/semaine Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> oui si oui, établi par: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu					
Existe-t-il un protocole d'accident? <input type="checkbox"/> oui, (joindre copie) <input type="checkbox"/> 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: _____		<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 Depuis quand? <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)		
	Si hôpital/clinique: <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> stationnaire		Si hôpital/clinique: <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> 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, 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	Autre(s) employeur(s): <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Nom et Adresse: _____ <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt la source				
	<input type="checkbox"/> Assurance facultative (employeur/indépendant) <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> 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?				
	<input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> 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