



C^{IE} D'ASSURANCE



CONTRAT N°

sinistre n°

Employeur

nom de société direction
 rue poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)
 NP/localité
 fax

Blessé/assuré

nom fax
 prénom né(e) le
 rue état civil
 NP/localité n° AVS
 privé
 prof. lieu d'origine
 nationalité

Engagement

Date d'embauche activité professionnelle habituelle
 assuré volontaire qualifié non qualifié semi-qualifié apprenti

Date de l'accident

où l'accident est-il survenu?

Description de l'accident

activité au moment de l'accident, déroulement de l'accident, personnes, machines, objets, véhicules, produits impliqués



Accident non professionnel

quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident ?

Blessure

partie du corps atteinte nature de la lésion

Incapacité de travail

le travail a-t-il été interrompu à la suite de l'accident ? oui non
 si oui, depuis quand ?





Adresses des médecins/hôpitaux ou cliniques

les premiers soins ont été prodigués par :

traitement consécutif par :

Horaires de travail du blessé

jours par semaine

heures par jour

heures par semaine

heures de travail hebdomadaires de l'entreprise

occupation irrégulière

si oui, dans quelle mesure? chômage partiel



La personne soussignée autorise la compagnie d'assurance à consulter le dossier médical et les documents officiels. En outre, elle consent à ce que la compagnie d'assurance transmette les données nécessaires à la liquidation du sinistre à des tiers, notamment aux assureurs intéressés, et qu'elle se procure tout renseignement utile auprès de celui-ci.

.....
Lieu et date

.....
Signature du blessé/de l'assuré

.....
Timbre et signature de l'employeur

Indications pour l'employeur

Une déclaration d'accident doit être remplie lorsque la blessure n'entraîne pas d'incapacité de travail ou si l'incapacité de travail est de 3 jours civils au maximum (jour de l'accident plus les 2 jours suivants).

Exceptions :

S'il s'agit - d'une maladie professionnelle
- d'une rechute
→ il faut alors utiliser un jeu de formulaires «Déclaration d'accident LAA» en lieu et place de la présente déclaration d'accident.

S'il est fait appel à un deuxième médecin, nous lui enverrons un formulaire de note d'honoraires.

merci !

Ce formulaire doit impérativement comporter des signatures légales.
Nous vous invitons ainsi à l'imprimer, le signer, et nous le retourner par courrier ou encore à l'imprimer, le signer, le scanner et nous le renvoyer par email.

AREAS SA
Rue Plantamour 16
Case postale 41
1211 Genève 21
info@areas.ch

vos commentaires

 **imprimer maintenant**

