



C^{IE} D'ASSURANCE



CONTRAT N°

sinistre n°



Employeur

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

Blessé/assuré

nom né(e) le état civil
 prénom n° AVS
 rue ☎
 NPA/localité @

Date de l'accident

📅
 🕒

lieu de l'accident

Indications pour le blessé

Nous vous prions d'inscrire le **numéro de sinistre** qui figure dans toute notre correspondance, sur la feuille accident et sur la feuille de pharmacie, ainsi que 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 la compagnie d'assurance.

Traitement à l'hôpital. L'assurance-accidents selon la LAA couvre les frais en division commune. Pour la durée du séjour hospitalier, une participation aux frais d'entretien peut être déduite de l'indemnité journalière.

Aucune déduction n'est opérée dans les limites d'une assurance complémentaires à la LAA conclue auprès de notre société.

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.

Le droit à l'indemnité journalière découlant de l'assurance selon la LAA 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 transport nécessaires vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen de transport avantageux, adapté aux circonstances (par exemple les transports publics).

Inscriptions du médecin

prochaine consult.	consultation donnée	incapacité de travail		signature du médecin
		degré	à partir du	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
* évt remarques quant à la capacité partielle				
1)	% = heures par jour à	%		
2)	% = heures par jour à	%		
3)	% = heures par jour à	%		

prochaine consult.	consultation donnée	incapacité de travail		signature du médecin
		degré	à partir du	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
le traitement a pris fin le				

Timbre du médecin