

**C<sup>IE</sup> 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.   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 ?

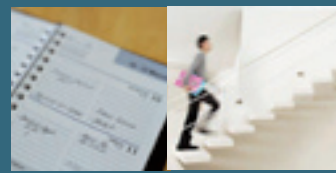
**Blessure**

partie du corps atteinte  nature de la lésion

**Adresses des médecins/hôpitaux ou cliniques**

les premiers soins ont été prodigués par :   
 traitement consécutif par :





**Annotations du médecin**

merci de joindre les radiographies

A. prestations selon tarif			B. Médicaments et pansements		prix		
date	code du tarif	points	nature et quantité	CHF	Ct		
<b>total A</b>			x	<b>valeur du point</b>		<b>total B</b>	
				CHF	Ct	<b>total A</b>	
					<b>total A + B</b>		

En cas d'incapacité de travail, prière de demander un formulaire «Certificat médical» à l'employeur. Dans ce cas, le présent document doit être renvoyé non rempli à l'assurance avec le certificat médical.

.....  
Timbre et signature du médecin

