

**Déclaration de sinistre LAA**  Accident  Dommage dent.  Maladie prof.  Rechute

			N° de sinistre
<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de police
		Courriel	
	IDE No d'identification des entreprises CHE- ____ . ____ . ____		Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)
<b>2. Blessé</b>	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Nom et adresse de la caisse maladie		
<b>3. Engagement</b>	Date d'engagement	Activité professionnelle	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/ouvrier <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire		
	Rapports de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterm. <input type="checkbox"/> contrat de durée déterm. jusqu'au <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié le		
	Horaire de travail du blessé: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures par semaine Occupation: <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel		
<b>4. Date de l'accident</b>	Jour Mois Année	Heure, minute	
<b>5. Lieu de l'accident</b>	Où l'accident est-il survenu (lieu, endroit)?		
<b>6. Faits (description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
	Personne(s) impliquée(s): _____ Témoins: _____ Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu		
<b>7. Accident professionnel</b>	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
<b>8. Accident non professionnel</b>	Quand le blessé a-t-il travaillé pour <b>la dernière fois</b> dans l'entreprise <b>avant l'accident</b> (jour, date, heure)? Jusqu'à: _____ Motif d'absence: _____		
<b>9. Blessure</b>	Partie du corps atteinte: <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée Type de la lésion: _____		
<b>10. Incapacité de travail</b>	Travail interrompu à la suite de l'accident? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, depuis quand? (date) _____		
	Durée probable de l'incapacité de travail <input type="checkbox"/> supérieure à 1 mois	Le travail a été repris le A partir de quand? <input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps part.	
<b>11. Adresses médecins</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)
<b>12. Salaire</b>	CHF par	heure	mois
	Salaire de base (brut), alloc. de renchérissement comprise		année
	Allocations pour enfants, famille		
	Indemnités pour vacances, jours fériés en % ou		
	Gratification, 13 <sup>e</sup> mois de salaire (et suivants) en % ou autres suppléments de salaire (p.ex. à la tâche/commission/enture/ind. pour trav. par équipes) Désignation: _____		
<b>13. Cas spéciaux</b>	<input type="checkbox"/> Assurance facultative des patrons Membre de la famille? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, degré de parenté: _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) employeur(s): _____ <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source		
<b>14. Autres prestations d'assurances sociales</b>	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? Si oui, de laquelle ? _____		

Lieu et date

Timbre et signature

**Déclaration de sinistre LAA**

N° de sinistre

**Double pour l'entreprise**
 Accident  Dommages dent.  Maladie prof.  Rechute

<b>1. Employeur</b>		Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de sinistre
			N° de police	
			Courriel	
		IDE No d'identification des entreprises CHE- ____ . ____ . ____	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)	
<b>2. Blessé</b>		Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
		Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
		NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
		Nom et adresse de la caisse maladie		
<b>3. Engagement</b>		Date d'engagement	Activité professionnelle	
		Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/ouvrier <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire		
		Rapports de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterm. <input type="checkbox"/> contrat de durée déterm. jusqu'au <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié le		
		Horaire de travail du blessé: ____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: ____ pour cent		
		Horaire de travail habituel dans l'entreprise: ____ heures par semaine Occupation: <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel		
<b>4. Date de l'accident</b>		Jour	Mois	Année
		Heure, minute		
<b>5. Lieu de l'accident</b>		Où l'accident est-il survenu (lieu, endroit)?		
<b>6. Faits (description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)</b>		Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
		Personne(s) impliquée(s): _____ Témoins: _____		
		Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu		
<b>7. Accident professionnel</b>		Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
<b>8. Accident non professionnel</b>		Quand le blessé a-t-il travaillé pour <b>la dernière fois</b> dans l'entreprise <b>avant l'accident</b> (jour, date, heure)?		
		Jusqu'à: _____ Motif d'absence: _____		
<b>9. Blessure</b>		Partie du corps atteinte: <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée		
		Type de la lésion: _____		
<b>10. Incapacité de travail</b>		Travail interrompu à la suite de l'accident? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, depuis quand? (date)		
		Durée probable de l'incapacité de travail		
		<input type="checkbox"/> supérieure à 1 mois		
		Le travail a été repris le		
		A partir de quand? <input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps part.		
<b>11. Adresses médecins</b>		Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		
		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)		
<b>12. Salaire</b>		CHF par	heure	mois
		Salaire de base (brut), alloc. de renchérissement comprise		
		Allocations pour enfants, famille		
		Indemnités pour vacances, jours fériés en % ou		
		Gratification, 13 <sup>e</sup> mois de salaire (et suivants) en % ou		
		Autres suppléments de salaire (p.ex. à la tâche/commission/en nature/ind. pour trav. par équipes)		
		Désignation: _____		
<b>13. Cas spéciaux</b>		<input type="checkbox"/> Assurance facultative des patrons Membre de la famille? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, degré de parenté: _____		
		<input type="checkbox"/> Autre(s) employeur(s): _____ <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Assujéti à l'impôt à la source		
<b>14. Autres prestations d'assurances sociales</b>		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?		
		Si oui, de laquelle ? _____		

Lieu et date

Timbre et signature

Va à: L'entreprise

**Rapport médical initial LAA**  Accident  Dommage dent.  Maladie prof.  Rechute

			N° de sinistre
<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de police
		Courriel	
	IDE No d'identification des entreprises CHE- ____ . ____ . ____	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)	
<b>2. Blessé</b>	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA          Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Nom et adresse de la caisse maladie		
<b>3. Engagement</b>	Date d'engagement	Activité professionnelle	
	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 indéterm. <input type="checkbox"/> contrat de durée déterm. jusqu'au _____ <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié le _____		
	Horaire de travail du blessé: _____ heures par semaine    Taux d'occupation contractuel : _____ pour cent Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures par semaine    Occupation: <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel		
<b>4. Date de l'accident</b>	Jour          Mois          Année	Heure, minute	
<b>1. Premiers soins</b>	Jour          Mois          Année	Heure, minute <input type="checkbox"/> pendant <input type="checkbox"/> en dehors des heures de consultation <input type="checkbox"/> sur le lieu de l'accident <input type="checkbox"/> au domicile du patient	
<b>2. Indications du patient</b>	Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?		
<b>3. Etat général</b>	a) Observations particulières (comportement, alcool, drogues etc.)		
	b) Suites de maladies, d'accidents, anomalies corporelles (invalidité)		
<b>4. Constatations</b>	Constatations radiologiques :		
<b>5. Diagnostic</b>			
<b>6. Causalité</b>	Les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    Sinon donner des explications s.v.p.:		
<b>7. Thérapie</b>	a) Traitement ordonné? _____		
	b) Proposez-vous des mesures particulières? _____		
	c) Le patient est-il hospitalisé? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non    si oui, où?		
<b>8. Incapacité de travail</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	% dès le _____	probablement jusqu'au _____
<b>9. Reprise du travail</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	partiellement à _____ % dès le _____	complètement dès le _____
<b>10. Traitement terminé</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	le _____ - probablement dans _____ semaines	

Lieu et date

Timbre et signature du médecin

Va à: Premier médecin traitant → Assurances Agrisano SA



N° GLN LAA: 7601003101362

Feuille de pharmacie LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre

N° de sinistre

Table with columns for Employer (Employeur) and Injured (Blessé) with sub-rows for contact info, address, and identification details.

Table for accident date (Date de l'accident) with columns for Day (Jour), Month (Mois), Year (Année), and Time (Heure, minute).

Indications pour le blessé

Lorsque l'assurance a garanti la prise en charge des frais de traitement, la pharmacie vous délivre les médicaments prescrits par le médecin sans en demander le paiement. Veuillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie. La présente feuille doit lui être remise. Nous vous prions d'inscrire ci-dessus le numéro de sinistre qui figure dans toute notre correspondance ou de le faire inscrire à la pharmacie.

Indications pour le pharmacien

L'assurance avise le blessé lorsqu'elle prend en charge les frais de traitement. Veuillez demander à prendre connaissance de cet avis, qui constitue aussi pour vous une garantie de paiement, et reportez le numéro de sinistre qui y figure sur la présente feuille de pharmacie.

Note de la pharmacie

Table for pharmacy note with columns: Date de la livraison, Nature et quantité, Prix (CHF, Ct.), and Total.

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'adresse ci-dessous.

Vous pouvez demander à l'assurance une nouvelle feuille de pharmacie en indiquant le numéro de sinistre si:

- la place pour inscrire les médicaments est insuffisante ;
- des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

Date:

Timbre de la pharmacie:

Form for bank account details: N° de compte chèque postal ou banque et n° de compte, Décompte par l'OFAC ?

Va à: Assuré(e) -> Pharmacie -> Assurances Agrisano SA

## Feuille-accident LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →

		N° de sinistre	
<b>Employeur</b>	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de police
		Courriel	
	IDE No d'identification des entreprises CHE- - - - -	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)	
<b>Blessé</b>	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	Tel. N° (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Nom et adresse de la caisse maladie		
<b>Engagement</b>	Date d'engagement	Activité professionnelle	
	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 indéterm. <input type="checkbox"/> contrat de durée déterm. jusqu'au <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié le		
	Horaire de travail du blessé: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel : _____ pour cent Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures par semaine Occupation: <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel		
<b>Date de l'accident</b>	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.

En cas de **changement de médecin**, veuillez prendre contact immédiatement avec l'assurance.

**Traitement à l'hôpital.** En tant qu'assurance-accidents obligatoire, nous couvrons les frais en division commune. Pour la durée du séjour à l'hôpital, une participation aux frais d'entretien peut être déduite de l'indemnité journalière.

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** existe à partir du troisième jour après l'accident. L'indemnité journalière est égale à 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 de transport** nécessaires (p. ex. jusqu'au médecin/hôpital le plus proche) vous seront 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 celui de votre banque. 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 l'assurance.

### Inscriptions du médecin

Date et heure		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation effectuée	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):		

FOSM0321F

Va à: Assuré(e) → Entreprise → Assurances Agrisano SA