



Déclaration d'accident LAA

Accident Dommage dentaire
 Maladie prof. Rechute

Numéro d'accident

Voir la notice explicative pour la déclaration de sinistre au verso

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° AVS ou NSS employeur	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé/e	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS ou NSS blessé/e	
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité	
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans _____ enfant(s) <input type="checkbox"/> aucun	
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée		
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/e/travailleur/se <input type="checkbox"/> apprenti/e <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			
	Horaire de travail du blessé/e: ____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: ____ pour cent Horaire usuel de travail à temps complet dans l'entreprise: ____ heures par semaine Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel			
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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu			
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)			
8. Accident non prof.	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure) ?			
	Jusqu'à:		Motif de l'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 partiel	
11. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	
12. Salaire	CHF par	heure	mois	année
		Salaire de base (brut)		
		Allocations pour enfants, famille		
		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	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source			
	<input type="checkbox"/> Autre(s) employeur(s):			
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 ? Si oui, de laquelle?			
	Nom de l'assurance maladie obligatoire:			

Lieu et date

Timbre et signature

Va à:

assurance

Notice explicative pour la déclaration d'accident

Nous vous prions de remplir la déclaration d'accident LAA de manière complète et de nous la faire parvenir au plus tôt. Nous vous remercions de votre collaboration.

Remarques générales

Le présent jeu de formules doit être rempli

- lorsque l'incapacité de travail dure plus de trois jours (jour de l'accident compris);
- en cas de maladie professionnelle;
- en cas de lésion dentaire;
- en cas de rechute.

Lorsque seul un traitement dentaire est nécessaire, il vous suffit d'envoyer la déclaration d'accident LAA (sans le chiffre 12 concernant les indications relatives au salaire) à la Société d'assurance dommages FRV, les autres formules peuvent être détruites. Celle-ci se chargera de prendre contact avec le médecin-dentiste.

En cas de rechute, veuillez indiquer le numéro d'accident correspondant. A défaut, prière d'indiquer la date de l'accident et l'employeur d'alors.

En cas d'accident grave, notamment en cas de décès, nous vous prions d'aviser immédiatement la Société d'assurance dommages FRV par téléphone.

Si aucune de ces conditions n'est remplie, il suffit de remplir le jeu de formules vert «Déclaration d'accident-bagatelle LAA».

Utilisation des données

Les données de la présente déclaration d'accident sont utilisées pour:

- la liquidation du cas;
- l'établissement de statistiques anonymes dans le domaine de la prévention des accidents et des maladies professionnelles;
- la remise légale de données anonymes à l'Office fédéral de la statistique chargé d'établir la statistique publique fédérale de l'évolution des salaires.

Explications concernant certaines questions posées dans la déclaration d'accident

Chiffre 1 «Place de travail habituelle»

Domaine agricole/Cave/Menuiserie/Bureau informatique

Chiffre 3

«Date de l'engagement»

Indication à ne pas oublier

«Profession exercée»

L'activité professionnelle principale du blessé est à indiquer aussi précisément que possible.

Exemples:

- «ouvrier agricole»
- «ouvrier viticole»
- «caviste»
- «ingénieur agronome»

Les indications telles que manœuvre, employé, etc., ne suffisent pas.

Chiffre 5 «Lieu de l'accident»

Exemples:

En cas d'accidents professionnels:
1807 Blonay, cave, escaliers

En cas d'accidents non professionnels:
1820 Montreux, carrefour Grand-Rue – rue du Casino
ou 1007 Lausanne, stade de Vidy

Chiffre 6 «Faits (description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)»

Le déroulement de l'accident et les circonstances dans lesquelles il s'est produit doivent être décrits aussi précisément que possible.

Chiffre 8 «Accident non professionnel»

Si le blessé ne travaillait pas avant l'accident, veuillez préciser le motif de l'absence (p. ex. vacances, maladie, service militaire, congé non payé, chômage).

Chiffre 12 «Salaire»

Il convient d'indiquer le salaire déterminant pour l'AVS, c.-à-d. le salaire brut avant déduction des cotisations aux assurances sociales, des impôts, etc., auquel l'assuré avait droit au moment de l'accident.

Le salaire effectif sera également indiqué pour les salaires supérieurs au montant maximum du gain assuré.

Explications concernant la distribution des formules

- 1^{re} page **blanche**:
à renvoyer à la Société d'assurances dommages FRV.
- 2^e page **jaune**:
double pour le dossier de l'employeur.
- 3^e page **grise**:
«certificat médical initial LAA» destiné soit au médecin, soit à l'hôpital.
- 4^e page **bleue**:
«feuille de pharmacie LAA», à remettre le cas échéant à la pharmacie.
- 5^e page **beige**:
«feuille accident LAA», que le blessé doit présenter au médecin lors de chaque consultation.

Nous restons en tout temps à votre disposition pour répondre aux questions complémentaires que vous pourriez avoir à nous poser. N'hésitez pas à appeler la Société d'assurance dommages FRV.



Déclaration d'accident LAA

double pour l'employeur

Accident

Dommage dentaire

Maladie prof.

Rechute

Numéro d'accident

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° AVS ou NSS employeur	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé/e	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS ou NSS blessé/e	
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité	
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans enfant(s) <input type="checkbox"/> aucun	
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée		
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/e/travailleur/se <input type="checkbox"/> apprenti/e <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			
	Horaire de travail du blessé/e: ____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: ____ pour cent Horaire usuel de travail à temps complet dans l'entreprise: ____ heures par semaine Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel			
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 <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu			
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)			
8. Accident non prof.	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)? Jusqu'à: Motif de l'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 partiel	
11. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	
12. Salaire	CHF par	heure	mois	année
		Salaire de base (brut)		
		Allocations pour enfants, famille		
		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	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source <input type="checkbox"/> Autre(s) employeur(s):			
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 ? Si oui, de laquelle?			
	Nom de l'assurance maladie obligatoire:			

Lieu et date

Timbre et signature



Numéro d'accident

Certificat médical initial LAA

Employeur	Nom et adresse avec N° postal		N° de tél.	N° AVS ou NSS employeur
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
Blessé/e	Nom et prénom		Date de naissance	N° AVS ou NSS blessé/e
	Rue		N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA	Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans _____ enfant(s) <input type="checkbox"/> aucun
Engagement	Date d'engagement		Profession exercée	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/e/travailleur/se <input type="checkbox"/> apprenti/e <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 Horaire de travail du blessé/e: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire usuel de travail à temps complet dans l'entreprise: _____ heures par semaine Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel			
Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute
1. Le traitement	Jour	Mois	Année	Heure, minute <input type="checkbox"/> pendant <input type="checkbox"/> hors des heures des consultations <input type="checkbox"/> sur les lieux de l'accident <input type="checkbox"/> au domicile du/de la patient/e
2. Indications du/de la patient/e	Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?			
3. Etat général	a) Constatations particulières (mentalité, alcool, drogues, etc.)			
	b) Suites de maladies et accidents ainsi qu'anomalies physiques (invalidité)			
4. Constatations	Constatations radiologiques:			
5. Diagnostic				
6. Causalité	a) Quelles causes entrent en considération pour les symptômes actuels? <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> autre: laquelle?		b) le patient a-t-il déjà souffert auparavant d'atteintes similaires à la santé? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui, traitement par	
	7. Thérapie			
a) Qu'avez-vous entrepris jusqu'ici?				
b) Proposez-vous des mesures spéciales médicales ou non médicales?				
c) Est-ce que le/la patient/e a été hospitalisé/e? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui; où?				
8. Incapacité de travail	<input type="checkbox"/> oui, à _____ % dès le _____	probablement jusqu'à _____		
	<input type="checkbox"/> non			
9. Reprise du travail	<input type="checkbox"/> oui partielle à _____ % dès le _____	complète dès le _____		
	<input type="checkbox"/> non			
10. Fin du traitement	<input type="checkbox"/> oui, le: _____			
	<input type="checkbox"/> non, probablement dans _____ semaines			

Lieu et date

Timbre et signature du médecin



Prière d'inscrire ici
le numéro d'accident

Numéro d'accident

Feuille de pharmacie LAA



Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° AVS ou NSS employeur
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
Blessé/e	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS ou NSS blessé/e
	Rue	N° de tél. (si connu)	
	NPA Domicile		
Date de l'accident	Jour Mois	Année	Heure, minute

Indications pour le/la blessé/e

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.

Veillez 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 d'accident qui figure dans toute notre correspondance ou de le faire inscrire à la pharmacie.

Indications pour le pharmacien

L'assurance avise l'employeur 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 reporter le numéro d'accident qui y figure sur la présente feuille de pharmacie.

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		Fr.	Ct.
Joindre les ordonnances s.v.p.		Total	

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

Vous pouvez demander à **l'assurance** une nouvelle feuille de pharmacie en indiquant le numéro d'accident si
– la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante,
– des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

Date: _____

Timbre de la pharmacie: _____

N° de compte postal ou banque et N° de compte
Décompte par l'OFAC

