

Déclaration de sinistre LAA
 Accident Dommage dentaire
 Maladie prof. Rechute

N° de sinistre

Voir la notice explicative pour la déclaration de sinistre au verso

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal		N° de tél.	N° du contrat	
			Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé	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 _____ 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/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <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: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail 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 d'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 _____ <input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps part.		
11. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)		
12. Salaire	CHF par	heure	mois	année	
		Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise.....			
		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"/> Assurance facultative des patrons <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujéti 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: _____				
15. Relation bancaire	No. CCP ou banque et IBAN: _____				
	Titulaire du compte: _____				

Lieu et date

Timbre et signature

Va à:

Baloise Assurance SA, Sinistres Suisse, Aeschengraben 21, Case postale, 4002 Basel
Tél. 00800 24 800 800, Fax +41 58 285 90 73, sinistres@baloise.ch, www.baloise.ch

Notice explicative pour la déclaration de sinistre

Veillez nous faire parvenir au plus tôt la présente déclaration de sinistre dûment remplie selon les indications ci-dessous. Merci 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 de sinistre (form. 109 sans le chiffre 12 concernant les indications relatives au salaire) à l'agence compétente; les autres formules peuvent être détruites. L'agence se chargera de prendre contact avec le médecin-dentiste.

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

En cas d'accidents graves, notamment en cas de décès, nous vous prions d'aviser immédiatement l'agence compétente 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 de sinistre 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 de la déclaration de sinistre

Chiffre 1 «Place de travail habituelle»

Tournage/Menuiserie/Bureau informatique

Chiffre 3 «Profession exercée»

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

Exemples:

«**meuleur sur métaux**» (au lieu de «meuleur»),
«**vendeuse textiles**» (au lieu de «vendeuse»),
«**directrice des finances**» (au lieu de «directrice»).

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

Chiffre 5 «Lieu de l'accident»

Exemples:

En cas d'accidents professionnels:
1211 Genève, halle 1, chantier xy, escalier C

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 d'absence (p. ex. vacances, maladie, service militaire, congé non payé, chômage).

Chiffre 12 «Salaire»

En vertu de l'art. 7 de l'ordonnance sur l'assurance-vieillesse et survivants, il convient désormais 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.

Pour l'assurance facultative des patrons, on indiquera le salaire annuel convenu.

Déclaration de sinistre LAA
 Accident Dommage dentaire
 Maladie prof. Rechute

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal		N° de tél.	N° du contrat	
			Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé	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 _____ 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/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <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: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail 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 d'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 _____ <input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps part.		
11. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)		
12. Salaire	CHF par	heure	mois	année	
		Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise.....			
		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"/> Assurance facultative des patrons <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujéti 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: _____				
15. relation bancaire	No. CCP ou banque et IBAN: _____ titulaire du compte: _____				

Lieu et date

Timbre et signature

Va à:

Baloise Assurance SA, Sinistres Suisse, Aeschengraben 21, Case postale, 4002 Basel
Tél. 00800 24 800 800, Fax +41 58 285 90 73, sinistres@baloise.ch, www.baloise.ch

Certificat médical LAA

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal		N° de tél.	N° du contrat
			Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	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"/> 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/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <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: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail 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
1. Le traitement	Jour	Mois	Année	Heure <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 aussi qu'anomalies physiques (invalidité)			
4. Constat				
Constat radiologique:				
5. Diagnostic provisoire				
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

Va à: Premier médecin traitant → assurance

Feuille de pharmacie LAA				N° de sinistre	
Employeur	Nom et adresse avec N° postal			N° de tél.	N° du contrat
				Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
Blessé	Nom et prénom			Date de naissance	N° AVS
	Rue			N° de tél. (si connu)	
	NPA	Domicile			
Date de l'accident	Jour	Mois	Année	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.

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 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 reporter le numéro de sinistre qui y figure sur la présente feuille de pharmacie.

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	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'adresse ci-dessus.

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

- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante,
- des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

Date:

Timbre de la pharmacie:

3	Code								

No CCP ou banque et IBAN

Si le décompte se fait par l'OFAC: 35-1

Feuille-accident LAA

N° de sinistre

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° du contrat
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
Blessé	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"/> 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/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <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: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail 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

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.

Changement de médecin. 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 de séjour hospitalier, 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 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 de transport** nécessaires (p. ex. pour se rendre chez le médecin/à l'hôpital le plus proche) vous sont 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 de la prochaine consultation		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation faite	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 de la prochaine consultation		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):		

Timbre du médecin

Va à: assuré → entreprise → assurance