



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) ☐ aucun	
3. Engagement	Date d'engagement 		Profession exercée 	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/e/travailleur/se ☐ apprenti/e ☐ stagiaire Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ 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: ☐ irrégulière ☐ 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? ☐ oui ☐ non ☐ 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: _____ ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée Type de lésion: _____			
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident? ☐ oui ☐ non Si oui, depuis quand? Durée probable de l'incapacité de travail supérieure à 1 mois ☐ Le travail a été repris le Depuis quand? ☐ plein temps ☐ 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	☐ Membre de la famille, associé ☐ Assujetti à l'impôt à la source ☐ 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) ☐ aucun	
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée		
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/e/travailleur/se ☐ apprenti/e ☐ stagiaire			
	Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ 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: ☐ irrégulière ☐ 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? ☐ oui ☐ non ☐ 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: _____ ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée Type de lésion: _____			
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident? ☐ oui ☐ non Si oui, depuis quand?			
	Durée probable de l'incapacité de travail supérieure à 1 mois ☐		Le travail a été repris le Depuis quand? ☐ plein temps ☐ 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	☐ Membre de la famille, associé ☐ Assujetti à l'impôt à la source			
	☐ 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) ☐ aucun	
Engagement	Date d'engagement		Profession exercée		
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/e/travailleur/se ☐ apprenti/e ☐ stagiaire				
	Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ 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: ☐ irrégulière ☐ chômage partiel				
Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute	
1. Le traitement	Jour	Mois	Année	Heure, minute	☐ pendant ☐ hors des heures des consultations ☐ sur les lieux de l'accident ☐ 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? ☐ accident ☐ maladie ☐ autre: laquelle?			b) le patient a-t-il déjà souffert auparavant d'atteintes similaires à la santé? ☐ non ☐ 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? ☐ non ☐ oui; où?				
8. Incapacité de travail	☐ oui, à	% dès le		probablement jusqu'à	
	☐ non				
9. Reprise du travail	☐ oui	partielle à	% dès le	complète dès le	
	☐ non				
10. Fin du traitement	☐ oui, le:				
	☐ non, probablement dans	semaines			

Lieu et date

Timbre et signature du médecin

Va à: **premier médecin-traitant → assurance**

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.

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 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

[illegible]

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

Numéro d'accident

Feuille-accident 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

Nous vous prions d'inscrire le numéro d'accident – 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 en informer l'assurance.

En tant qu'assureur LAA, la Société d'assurance dommages FRV couvre les frais en division commune **lors d'un traitement hospitalier**. Pour la durée du 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 employeur 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/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.

Inscriptions du médecin

[illegible][illegible]