ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 1/5
Déclaration d'accident LAA

1. PRENEUR D'ASSURANCE

Nom		Société	
Adresse		N° de police	
Téléphone		N° de sinistre	
Interlocuteur		Compte postale ou bancaire	
E-mail		Assujetti à la TVA	○ Oui ○ Non

○ Accident ○ Accident dentaire ○ Maladie professionnelle ○ Rechute

2. PERSONNE BLESSÉE

Nom / Prénom		N° AVS	
Adresse		Sexe	○ F ○ M
NPA / Localité		Téléphone / Natel	
		E-mail	
Date de naissance		État civil	veuillez choisir...
Lieu d'origin / Nationalité		Langue maternelle	
Permis	○ A ○ B ○ C ○ Autres		
Nombre d'enfants de moins de 18 ans ou en formations			
Nom de la caisse maladie obligatoire			

3. DATE DE L'ACCIDENT ET SÉQUENCES

Date de l'accident | Heure | Lieu de l'accident

Déroulement de l'accident

Partie du corps atteinte ○ gauche ○ droite ○ indéterminée

Adresses médecins

Médecin ou bien hôpital /clinique des premiers soins

Médecin ou bien hôpital / clinique de la suite du traitement

Rapport de police ○ Oui ○ Non Service

Est-ce que il y a une personne responsable? ○ Oui ○ Non Témoins ○ Oui ○ Non

Nom / Prénom		Nom / Prénom	
Adresse		Adresse	
NPA / Localité		NPA / Localité	
Téléphone		Téléphone	

Assurance responsabilité civile? ○ Oui ○ Non

Nom de l'assurance

N° de police

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 2/5
Déclaration d'accident LAA

4. ENGAGEMENT

Date de l'engagement ○ Durée indéterminée ○ Durée déterminée ○ Résilié pour

Profession exercée Profession acquise

Fonction ○ Cadre supérieur ○ Cadre moyen ○ Employé/e ○ Apprenti

○ Aide comme

○ Lieu du travail à l'étranger

Horaire hebdomadaire du blessé / de la blessée heures par semaine

○ régulière ○ irrégulière ○ chômage

Horaire de l'entreprise heures par semaine Taux d'occupation contractuel 100 %

○ régulière ○ irrégulière ○ chômage

Lieu du travail habituel

Dernière présence sur le lieu de travail

5. INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Incapacité de travail ○ Non ○ Oui – à partir de: Durée prévisionnelle

Travail repris ○ Non ○ Oui – le

Salaire CHF	**par heure**	**par mois**	**par année**
Salaire de base c. renchérissement (brut)			
Allocation pour enfant / famille			
Indemnités vacances / jours fériée % ou CHF			
Gratification / 13ème salaire (et d'autres) % ou CHF			
Autre allocation (p. ex. travailler à tâche / provision /			
salaire en nature / travail posté) – genre			

○ Cas spéciaux ○ Assurance facultative ○ Membre de la famille

Autres employeurs ○ Non ○ Oui – Accident non-professionnelle : le travail a été effectué auprès quel employeur?

Autres prestations d'assurances sociales
L'assuré(e) a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale : Caisse maladie, assurance LAA, invalidité, vieillesse et survivants, militaire, chômage? Si oui lesquelles?

○ Non ○ Oui – Société

6. REMARQUES

La personne soussignée autorise la compagnie d'assurances à consulter les documents officiels et médicaux, et elle accepte que la compagnie d'assurances transmets les données nécessaires au traitement du sinistre à des tiers ou aux compagnies d'assurances impliquées (coassureurs ou réassureurs) en Suisse et à l'étranger et qu'elle demande à ces dernières les renseignements nécessaires. Le soussigné / la soussignée n'est pas autorisé(e) à reconnaître des droits à des dommages et intérêts sans le consentement de la compagnie.

Lieu et date Signature du preneur d'assurance

Veuillez envoyer le formulaire par e-mail à schaden@arisco.ch ou par la poste à la succursale de votre responsable de mandat. Vous trouverez l'adresse sur www.arisco.ch/kontakt . Merci beaucoup.

IMPRIMER RÉINITIALISER ENVOYER

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 3/5
Déclaration d'accident LAA – Rapport médical initial

1. PRENEUR D'ASSURANCE

Nom		Société	
Adresse		Bureau	
Téléphone		N° de police	
E-mail		N° de sinistre	

2. PERSONNE BLESSÉE

Nom / Prénom		N° AVS	
Adresse		Sexe	○ F ○ M
NPA / Localité		Téléphone	
Date de naissance		E-mail	

3. DATE DE L'ACCIDENT ET SÉQUENCES

Date de l'accident _____ Heure _____

Partie du corps atteinte ○ gauche ○ droite ○ indéterminée

Adresses médecins

Médecin ou bien hôpital / clinique des premiers soins _____

Médecin ou bien hôpital / clinique de la suite du traitement _____

INSCRIPTIONS DU MÉDECIN

Note du médecin _____

A. Prestations selon tarif

Date	N° tarif	N° achat	Nombre	Points tax TARMED AL + TL	Labo	Physio
			Sous-total			

B. Médicaments / Matériel consommation

Quantité	Nature	CHF
	Total medicaments / matériel consommation	

Diagnostic (partie du corps blessée et nature de la lésion)		CHF
	Total PT TARMED x CHF / PT___ = Total TARMED	
Traitement terminé ○ Oui ○ Non	Total PT liste analyse x CHF / PT___ = Total Labo	
	Total PT Physio x CHF / PT___ = Total Physio	
Remarques	Total médicaments / matériel consommation	
	Montant	

Date	Compte postale ou bancaire

Va a Blessé/e → Médecin → Assureur LAA

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 4/5
Déclaration d'accident LAA – Feuille accident

1. PRENEUR D'ASSURANCE

Nom		Société	
Adresse		N° de police	
Téléphone		N° de sinistre	
E-mail			

2. PERSONNE BLESSÉE

Nom / Prénom		N° AVS	
Adresse		Date de naissance	
NPA / Localité		Sexe	○ F ○ M
Téléphone		E-mail	

3. DATE DE L'ACCIDENT

Date de l'accident _____ Heure _____ H

Indications pour le blessé / la blessée
Nous vous prions d'indiquer le numéro de référence sur chaque feuille d'accident ou de pharmacie. Cette fiche d'incapacité de travail est conservée par l'assuré(e). Lors de chaque visite, la présente fiche doit être remise au médecin. Au terme du traitement médical, l'assuré remet la présente fiche à son employeur. Cette feuille ne signifie pas une obligation de prestation. Changement de médecin: En cas de changement de médecin, veuillez prendre contact immédiatement avec l'assureur. Traitement à l'hôpital: En tant qu'assurance accident obligatoire selon l'OLAA, l'assureur prend en charge les frais d'hospitalisation en division commune. Une déduction des prestations journalières est possible pour les frais d'entretien pendant la durée d'hospitalisation. Cette restriction n'est pas applicable en cas d'une assurance accident complémentaire. L'incapacité de travailler doit être rapporté par le médecin. En cas de incapacité de travail partielle, les heures de travail doivent être respectés, saufs que le médecin indique des spécifications.* Le droit à l'indemnité journalière découlant de l'assurance selon la LAA naît le troisième jour après l'accident. Sous réserve d'une couverture complémentaire LAA, 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 vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen de transport avantageux, adapté aux circonstances (par ex. transports publics).

INSCRIPTIONS DU MÉDECIN

Date et heures consultation prochaine	Date consultation faite	Incapacité de travail Degré	Incapacité de travail D	Signature du médecin
*** Ev. remarques incapacité partielle**				
1) % d.h.	h / jour pour		%	
2) % d.h.	h / jour pour		%	
3) % d.h.	h / jour pour		%	

Date et heures consultation prochaine	Date consultation faite	Incapacité de travail Degré	Incapacité de travail Dès le	Signature du médecin
Date de fin du traitement médical Timbre du médecin				

Va a Blessé/e ⟶ Employeur ⟶ Assureur LAA

UNIBA partners

Certificate Management System SQS ISO 9001

Mitglied der Swiss Insurance Brokers Association S//B/A

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 5/5
Déclaration d'accident LAA – Feuille de pharmacie

1. PRENEUR D'ASSURANCE

Nom		Société	
Adresse		Compte postale ou bancaire	
Téléphone		N° de police	
E-mail		N° de sinistre	

2. PERSONNE BLESSÉE

Nom/ Prénom		N° AVS	
Adresse		Date de naissance	
NPA / Localité		Sexe	○ F ○ M
Téléphone		E-mail	

3. DATE DE L'ACCIDENT

Date de l'accident _____ Heure _____ H

Indications pour le blessé / la blessée
La pharmacie vous délivre les médicaments prescrits par le médecin sans en demander le paiement. La présente feuille doit lui être remise. Veuillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie.

Indications pour le pharmacien
A la fin du traitement, mais au plus tard 3 mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'adresse mentionné ci-dessous. Vous pouvez demander une nouvelle feuille de pharmacie si:

- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante
- des médicaments doivent être délivrés après 3 mois.

INSCRIPTION DE LA PHARMACIE

Note de la pharmacie

Date de livraison	nature et quantité	Prix CHF
Joindre les ordonnances s.v.p.	Total	

La personne soussignée autorise la compagnie d'assurances à consulter les documents officiels et médicaux, et elle accepte que la compagnie d'assurances transmette les données nécessaires au traitement du sinistre à des tiers ou aux compagnies d'assurances impliquées (coassureurs ou réassureurs) en Suisse et à l'étranger et qu'elle demande à ces dernières les renseignements nécessaires. Le soussigné / la soussignée n'est pas autorisé(e) à reconnaître des droits à des dommages et intérêts sans le consentement de la compagnie.

Date

Timbre de la pharmacie

Compte postale ou bancaire

Va a Blessé/e → Pharmacien → Assureur LAA