



Sympany Assurances SA

Peter Merian-Weg 4
 4002 Bâle
 Téléphone 0800 955 000
 Fax 0800 955 999
 www.sympany.ch

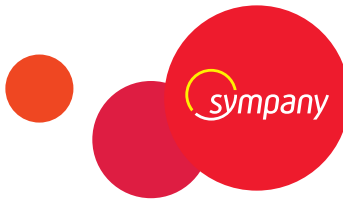
Declaration de sinistre LAA

		<input type="checkbox"/> Accident	<input type="checkbox"/> Dommage dentaire	N° de sinistre
		<input type="checkbox"/> Maladie prof.	<input type="checkbox"/> Rechute	
1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	Tél.	N° de contrat/de police	
		Interlocuteur (nom, tél., e-mail)		
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé	Nom et adresse avec N° postal	Date de naissance	N° AS / N° AVS	
		Tél. (si connu)	Nationalité	
	<input type="checkbox"/> Imposition à la source	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans: enfant(s)	Etat civil	
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Profession exercée	Groupes/cercles de personnes	
3. Engagement	Date d'engagement	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 à durée indéterminée <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée <input type="checkbox"/> Contrat de travail résilié		
	Horaire de travail du blessé: (heures par semaine)		Taux d'occupation contractuel:	
	Horaire de travail dans l'entreprise: (heures par semaine)		Occupation:	
4. Date du sinistre	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, personnes impliquées, 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 professionnel	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:	Lésion:		
	<input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit			
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: Depuis quand?		
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 contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise				
Allocation pour enfants/famille				
Ind. pour vacances/jours fériés				
Gratification, 13e mois de salaire (et suivants)				
Autres compl. de sal. (p. ex. à la tâche/commission/en nature/indemnité pour travail par équipes)				
Désignation:				
13. Cas spéciaux	<input type="checkbox"/> Assurance facultative des patrons <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <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 ou à une indemnité en cas de maternité? Si oui, de laquelle?			

Lieu et date

Timbre et signature



**Sympany Assurances SA**

Peter Merian-Weg 4
4002 Bâle
Téléphone 0800 955 000
Fax 0800 955 999
www.sympany.ch

Numéro de référence (EAN): 7601003019759

Rapport médical initial LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre.

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal _____ _____ _____	Tél. _____	N° de contrat/de police _____
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) _____	
2. Blessé	Nom et adresse avec N° postal _____ _____ _____	Date de naissance _____	N° AS / N° AVS _____
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Profession exercée _____	Taux d'occupation contractuel _____
3. Date de l'accident	Jour _____ Mois _____ Année _____	Heure, minute _____	
4. Premiers soins	Jour _____ Mois _____ Année _____ <input type="checkbox"/> pendant <input type="checkbox"/> sur le lieu de l'accident	Heure _____ <input type="checkbox"/> en dehors de la consultation <input type="checkbox"/> au domicile du patient	
5. Indications du patient	Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute? _____ _____		
6. État général	a) Observations particulières (comportement, alcool, drogues, etc.) _____ _____ b) Suites de maladies, d'accidents, anomalies corporelles (invalidité) _____ _____		
7. Constatations	_____ _____ Constatations radiologiques _____ _____		
8. Diagnostic	_____ _____		
9. Causalité	Les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, donnez des explications s.v.p.: _____ _____		
10. Thérapie	a) Traitement ordonné? _____ _____ b) Proposez-vous des mesures spéciales? _____ _____ c) Le patient est-il hospitalisé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, de laquelle? _____ _____		
11. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, depuis quand? _____ Le travail a été repris <input type="checkbox"/> en plein <input type="checkbox"/> partiellement Depuis quand? _____		
12. Reprise du travail	<input type="checkbox"/> Oui partiellement à _____ % dès le _____ complètement dès le _____ <input type="checkbox"/> Non		
13. Fin du traitement	<input type="checkbox"/> Oui le: _____ <input type="checkbox"/> Non probablement dans _____ semaines		

Lieu et date

Signature et timbre du médecin

Va à: Médecin de premier recours/hôpital**Ce rapport médical doit être transmis immédiatement à Sympany Assurances**

