

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 la blessée a-t-elle/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 _____ 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 _____ plein temps _____ temps partiel

11. ADRESSES MÉDECINS

Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique) _____ Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique) _____

12. SALAIRE

Personne accidentée soumise à l'impôt à la source? Oui Non **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^{ème} salaire (et suivants) _____ en % ou

Autres compl. de sal. (par ex. à la tâche/commiss./en nature/ind. pour trav. par équipes)

Désignation _____

13. CAS SPÉCIAUX

Assurance facultative des patronnes/patrons _____ Membre de la famille, associé(e) _____

Autre(s) employeur(s) _____ Non _____ inconnu _____

Caisse chômage Oui Non inconnu

14. AUTRES PRESTATIONS D'ASSURANCES SOCIALES

L'assurée a-t-elle/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?

Pour les demandes de remboursement de factures déjà payées, nous vous prions de joindre des justificatifs. Veuillez également nous indiquer l'adresse de paiement de l'assuré(e) avec le code IBAN ou le numéro de compte bancaire ou postal.

Lieu/date

Timbre et signature

FEUILLE-ACCIDENT LAA.

Numéro d'accident
(notification après saisie de données)

Merci de noter le numéro d'accident ici

1. EMPLOYEUR

Nom
Adresse
NPA/Localité

Téléphone
Numéro de contrat

Place de travail habituelle de la/du blessé(e)

2. BLESSÉ(E)

Nom et prénom
Rue
NPA/Localité
Numéro AVS

Date de naissance
Téléphone
Nationalité

Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans
enfant(s) aucun

Sexe m f État civil

3. ENGAGEMENT

Date d'engagement
Fonction cadre supérieur cadre moyen
Rapports de travail contrat de durée indéterminée
Horaire de travail de la/du blessé(e) heures par semaine
Horaire de travail dans l'entreprise heures par semaine

Profession exercée employé(e), travailleuse/eur
contrat de durée déterminée
Taux d'occupation contractuel %
Occupation irrégulière chômage partiel

apprenti(e) stagiaire
contrat de travail résilié

4. DATE DE L'ÉVÉNEMENT

Jour Mois Année Heure, minute

INDICATIONS POUR LA BLESSÉE/LE BLESSÉ

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 à la/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 SWICA.

TRAITEMENT À L'HÔPITAL

En tant qu'assurance-accidents obligatoire, nous couvrons les frais en division commune. Pour la durée du séjour hospitalier, une participation aux frais d'entretien peut être déduite de l'indemnité journalière.

INSCRIPTIONS DE LA/DU MÉDECIN

Date et heure de la prochaine consultation

Date de la consultation faite

Incapacité de travail
Degré à partir du

Signature de la/du médecin

*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 | % |

Médicaments délivrés par (nom et adresse de la pharmacie)

Remarques

Le traitement médical a pris fin le

Timbre de la/du médecin

À VOTRE SERVICE 365 JOURS PAR AN, 24 HEURES SUR 24.

Téléphone 0800 80 90 80 / swica.ch

