

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° de police LAA _____
		E-mail _____	N° de police LAA-C _____
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) _____		
2. Blessé	Nom et prénom _____	Date de naissance _____	N° AVS _____
	Rue _____	N° de tél. _____	Nationalité/Permis _____
	Pays NPA Domicile _____	E-mail _____	Etat civil _____
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 au: Horaire de travail du blessé: _____ heures/semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures/semaine Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel <input type="checkbox"/> gain intermédiaire		
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 si oui, établi par: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu Existe-t-il un protocole d'accident? <input type="checkbox"/> oui, (joindre copie) <input type="checkbox"/> non		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit) _____		
8. Accident non prof.	Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)? Le: _____ 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 _____ Depuis quand? <input type="checkbox"/> plein temps <input type="checkbox"/> temps part.		
11. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique) Si hôpital/clinique: <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> stationnaire Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique) Si hôpital/clinique: <input type="checkbox"/> ambulatoire <input type="checkbox"/> stationnaire		
12. Salaire	CHF	heure	mois
			année
Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise Allocations pour enfants, famille (enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans: _____) 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	Autre(s) employeur(s): <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Nom et Adresse: _____ <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt la source <input type="checkbox"/> Assurance facultative (employeur/indépendant) <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Travailleur détaché		
14. Autres prestations 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? <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui Si oui, laquelle? _____ Nom de l'assurance maladie obligatoire (N° de Police): _____		

Lieu et date

Signature du blessé

Timbre et signature de l'employeur

Va à: **Helsana**

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA, Avanex Assurances SA, Progrès Assurances SA et Sansan Assurances SA.

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 (sans le chiffre 12 concernant les indications relatives au salaire) à Helsana; les autres formules peuvent être détruites. Helsana 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 Helsana par téléphone.

Si aucune de ces conditions n'est remplie, il suffit de remplir le jeu de formules «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 la déclaration de sinistre

Chiffre 1 «Place de travail habituelle»

Comptabilité/Section mode/école/Bureau informatique

Chiffre 3 «Profession exercée»

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

Exemples:

Apprenti de commerce/vendeuse textiles/directrice des finances/cuisinier/opérateur/concierge

Les indications telles que manœuvre, 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, on indiquera le salaire annuel convenu.

Helsana Accidents SA
Prestations Entreprises
Av. de Provence 15
Case postale 839
1001 Lausanne