Assurances Agrisano SA

N° GLN LAA: 7601003101362

Déclaration de sinistre LAA ☐ Accident ☐ Dommage dent. ☐ Maladie prof. ☐ Rechute

			N° de sinistre
1. Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de police
		Courriel	
		IDE No d'identification des entreprises CHE- _ _ _ . _ _ _ . _ _ _	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans ☐ oui ☐ non
	Nom et adresse de la caisse maladie		
3. Engagement	Date d'engagement	Activité professionnelle	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/ouvrier ☐ apprenti ☐ stagiaire Rapports de travail : ☐ contrat de durée indéterm. ☐ contrat de durée déterm. jusqu'au ☐ contrat de travail résilié le		
	Horaire de travail du blessé: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel : _____ pour cent Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures par semaine Occupation: ☐ régulière ☐ irrégulière ☐ chômage partiel		
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu (lieu, endroit)?		
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): Témoins: 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 professionnel	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 atteinte: ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée Type de la lésion:		
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident? ☐ oui ☐ non Si oui, depuis quand? (date)		
	Durée probable de l'incapacité de travail ☐ supérieure à 1 mois	Le travail a été repris le A partir de quand ? ☐ plein temps ☐ temps part.	
11. Adresses 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), alloc. de renchérissement comprise			
	Allocations pour enfants, famille			
	Indemnités pour vacances, jours fériés en % ou			
	Gratification, 13e mois de salaire (et suivants) en % ou			
	utres suppléments de salaire (p.ex. à la tâche/commission/en ture/ind. pour trav. par équipes) Désignation:			

13. Cas spéciaux	☐ Assurance facultative des patrons Membre de la famille? ☐ oui ☐ non Si oui, degré de parenté: _____ ☐ Autre(s) employeur(s): ☐ Associé ☐ Assujetti à l'impôt à la source
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 ?

Lieu et date **Timbre et signature**

Va à: Assurances Agrisano SA

Assurances Agrisano SA

N° GLN LAA: 7601003101362

Déclaration de sinistre LAA

Double pour l'entreprise ☐ Accident ☐ Dommage dent. ☐ Maladie prof. ☐ Rechute

			N° de sinistre
1. Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de police
		Courriel	
		IDE No d'identification des entreprises CHE- _ _ _ . _ _ _ . _ _ _	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans ☐ oui ☐ non
	Nom et adresse de la caisse maladie		
3. Engagement	Date d'engagement	Activité professionnelle	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/ouvrier ☐ apprenti ☐ stagiaire Rapports de travail : ☐ contrat de durée indéterm. ☐ contrat de durée déterm. jusqu'au ☐ contrat de travail résilié le		
	Horaire de travail du blessé: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel : _____ pour cent Horaire de travail habituel dans l'entreprise: _____ heures par semaine Occupation: ☐ régulière ☐ irrégulière ☐ chômage partiel		
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu (lieu, endroit)?		
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): Témoins: 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 professionnel	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 atteinte: ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée Type de la lésion:		
10. Incapacità de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident? ☐ oui ☐ non Si oui, depuis quand? (date)		
	Durée probable de l'incapacité de travail ☐ supérieure à 1 mois	Le travail a été repris le A partir de quand? ☐ plein temps ☐ temps part.	
11. Adresses 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), alloc. de renchérissement comprise			
	Allocations pour enfants, famille			
	Indemnités pour vacances, jours fériés en % ou			
	Gratification, 13e mois de salaire (et suivants) en % ou			
	Autres suppléments de salaire (p.ex. à la tâche/commission/en nature/ind. pour trav. par équipes) Désignation:			

13. Cas spéciaux	☐ Assurance facultative des patrons Membre de la famille? ☐ oui ☐ non Si oui, degré de parenté: _____ ☐ Autre(s) employeur(s): ☐ Associé ☐ Assujetti à l'impôt à la source
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 ?

Lieu et date **Timbre et signature**

Va à: L'entreprise

Copie

Assurances Agrisano SA

N° GLN LAA: 7601003101362

Rapport médical initial LAA ☐ Accident ☐ Dommage dent. ☐ Maladie prof. ☐ Rechute

			N° de sinistre
1. Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de police
		Courriel	
		IDE No d'identification des entreprises CHE- _ _ _ . _ _ _ . _ _ _	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans ☐ oui ☐ non
	Nom et adresse de la caisse maladie		
3. Engagement	Date d'engagement	Activité professionnelle	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire Rapports de travail : ☐ contrat de durée indéterm. ☐ contrat de durée déterm. jusqu'au ☐ contrat de travail résilié le		
	Horaire de travail du blessé: _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel : _____ pour cent Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures par semaine Occupation: ☐ régulière ☐ irrégulière ☐ chômage partiel		
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		
1. Premiers soins	Jour Mois Année Heure, minute ☐ pendant ☐ en dehors des heures de consultation ☐ sur le lieu de l'accident ☐ au domicile du patient		
2. Indications du patient	Déroulement de l'accident et plaintes. Rechute?		
3. Etat général	a) Observations particulières (comportement, alcool, drogues etc.) b) Suites de maladies, d'accidents, anomalies corporelles (invalidité)		
4. Constatations	Constatations radiologiques :		
5. Diagnostic			
6. Causalité	Les lésions sont-elles dues uniquement à l'accident? ☐ oui ☐ non Sinon donner des explications s.v.p.:		
7. Thérapie	a) Traitement ordonné? b) Proposez-vous des mesures particulières? c) Le patient est-il hospitalisé? ☐ oui ☐ non si oui, où?		
8. Incapacité de travail	☐ oui % dès le probablement jusqu'au ☐ non		
9. Reprise du travail	☐ oui partiellement à % dès le complètement dès le ☐ non		
10. Traitement terminé	☐ oui le ☐ non - probablement dans semaines		

Lieu et date **Timbre et signature du médecin**

Va à: Premier médecin traitant → Assurances Agrisano SA

Laurstrasse 10 | 5201 Brugg | Tél. +41 56 461 71 11 | info.uvg@agrisano.ch | www.agrisano.ch

Assurances Agrisano SA

N° GLN LAA: 7601003101362

Feuille de pharmacie LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →

			N° de sinistre
Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de police
		Courriel	
		IDE No d'identification des entreprises CHE- _ _ _ . _ _ _ . _ _ _	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue		
	NPA Domicile		

Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute

Indications pour le blessé

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 de sinistre qui figure dans toute notre correspondance ou de le faire inscrire à la pharmacie.

Indications pour le pharmacien

L'assurance avise le blessé 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 reportez le numéro de sinistre qui y figure sur la présente feuille de pharmacie.

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
Joindre les ordonnances s. v. p.	**Total**		

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'adresse ci-dessous.

Vous pouvez demander à l'assurance une nouvelle feuille de pharmacie en indiquant le numéro de sinistre si:

- la place pour inscrire les médicaments est insuffisante ;
- des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

Date:

Timbre de la pharmacie:

N° de compte chèque postal ou banque et n° de compte

Décompte par l'OFAC ?

Va à: Assuré(e) → Pharmacie → Assurances Agrisano SA

Assurances Agrisano SA

N° GLN LAA: 7601003101362

Feuille-accident LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →

			N° de sinistre
Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de police
		Courriel	
		IDE No d'identification des entreprises CHE- _ _ _ . _ _ _ . _ _ _	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	Tel. N° (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans ☐ oui ☐ non
	Nom et adresse de la caisse maladie		
Engagement	Date d'engagement	Activité professionnelle	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire Rapports de travail : ☐ contrat de durée indéterm. ☐ contrat de durée déterm. jusqu'au ☐ contrat de travail résilié le		
	Horaire de travail du blessé: _____ heures par semaine Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures par semaine	Taux d'occupation contractuel : _____ pour cent Occupation: ☐ régulière ☐ irrégulière ☐ chômage partiel	
Date de l'accident	Jour Mois Année	Heure, minute	

Indications pour le blessé

Nous vous prions d'inscrire le **numéro de sinistre** – 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 prendre contact immédiatement avec l'assurance.

Traitement à l'hôpital. En tant qu'assurance-accidents obligatoire, nous couvrons les frais en division commune. Pour la durée du séjour à l'hôpital, 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 existe à partir du troisième jour après l'accident. L'indemnité journalière est égale à 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 (p. ex. jusqu'au médecin/hôpital le plus proche) vous seront 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. Si, pour des raisons personnelles, vous vous faites soigner en dehors du lieu de votre domicile, les frais supplémentaires qui en résultent ne peuvent pas être pris en charge par l'assurance.

Inscriptions du médecin

Date et heure		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation effectuée	Degré	à partir du	
*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	%	

Date et heure		Incapacité de travail		Signature du médecin
de la prochaine consultation	de la consultation faite	Degré	à partir du	
Le traitement médical a pris fin le		Médicaments délivrés par (nom et adresse de la pharmacie):		

FOSM0321F

Va à: Assuré(e) → Entreprise → Assurances Agrisano SA