



C^{IE} D'ASSURANCE



CONTRAT N°

sinistre n°



Employeur

nom de société direction
rue poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)
NP/localité
☎ fax @

Blessé/assuré

nom fax @
prénom né(e) le
rue état civil
NP/localité n° AVS
☎ privé ☎ prof. lieu d'origine
nationalité

Engagement

Date d'embauche Activité professionnelle habituelle
 assuré volontaire qualifié non qualifié semi-qualifié apprenti

Date de l'accident

où l'accident est-il survenu?

Description de l'accident

Activité au moment de l'accident, déroulement de l'accident, personnes, machines, objets, véhicules, produits impliqués





Témoins

A

nom, prénom privé
 adresse prof.
 fax @

B

nom, prénom privé
 adresse prof.
 fax @

C

nom, prénom privé
 adresse prof.
 fax @

les témoins ont-ils été entendus ?
A oui non une enquête est-elle désirée? oui non
B oui non
C oui non

qui a procédé aux constatations?

Accident non professionnel

quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident ?

Blessure

partie du corps atteinte nature de la lésion

Incapacité de travail

le travail a-t-il été interrompu à la suite de l'accident ? oui non si oui, depuis quand ?

Adresses des médecins/hôpitaux ou cliniques

les premiers soins ont été prodigués par :
 traitement consécutif par :

Horaires de travail du blessé

jours par semaine occupation irrégulière
 heures par jour
 heures par semaine si oui, dans quelle mesure? chômage partiel
 heures de travail hebdomadaires de l'entreprise





Salaire	CHF par			
	heure	jour	mois	année
en espèce				
salaire de base (brut)				
allocation de renchérissement				
à la tâche/commission				
allocation pour enfants/famille				
indemnités pour vacances/jours fériés % ou				
autres allocations (préciser)				
gratification/13ème salaire % ou				
en nature (préciser)				

cas spéciaux

- membre de la famille
- associé
- assuré volontaire
- saisonnier
- obligation d'imposition à la source

autre employeur

tarif

Autres prestations d'assurances sociales

- l'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente octroyée par :
- une assurance maladie
 - une assurance accident obligatoire
 - l'AVS/AI
 - l'assurance militaire
 - l'assurance chômage

si oui, de quelle assurance s'agit-il?

nom de l'assurance maladie obligatoire :

Lieu et date

Signature du preneur d'assurance

Timbre et signature de l'employeur

merci !

Ce formulaire doit impérativement comporter des signatures légales. Nous vous invitons ainsi à l'imprimer, le signer, et nous le retourner par courrier ou encore à l'imprimer, le signer, le scanner et nous le renvoyer par email.

AREAS SA
Rue Plantamour 16
Case postale 41
1211 Genève 21
info@areas.ch

vos commentaires



imprimer maintenant

