



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 lieu d'origine
 prof. nationalité

Engagement

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

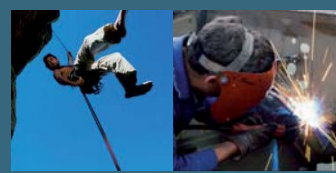
Date de l'accident

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 ?

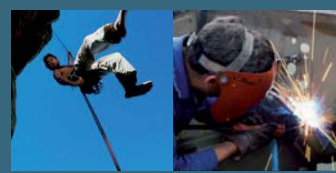
Adresses des médecins/hôpitaux ou cliniques

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

<p>l'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente octroyée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> une assurance maladie <input type="checkbox"/> une assurance accident obligatoire <input type="checkbox"/> l'AVS/AI <input type="checkbox"/> l'assurance militaire <input type="checkbox"/> l'assurance chômage 	<p>si oui, de quelle assurance s'agit-il?</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 20px; width: 100%;"></div> <p>nom de l'assurance maladie obligatoire :</p> <div style="border: 1px solid gray; height: 20px; width: 100%;"></div>
--	---

.....
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

