AXA winterthur
PROTECTION FINANCIÈRE

Déclaration de sinistre LAA

☐ **Accident** ☐ **Dommage dentaire** ☐ **Maladie prof.** ☐ **Rechute** | Direction compétente | N° de sinistre

1. Employeur | Nom et adresse avec NPA | Tél. | N° de police

Poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)

2. Blessé / Assuré | Nom et prénom | Date de naissance | N° d'AVS (11 chiffres)

Rue | Tél. | Nationalité

NPA Domicile | Etat civil | Enfants de moins de 20 ans ou en formation jusqu'à 25 ans

enfant(s) ☐ aucun

3. Engagement | Date d'engagement : | Profession exercée :

Fonction : ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire
Rapports de travail : ☐ contrat à durée indéterminée ☐ contrat à durée déterminée ☐ contrat de travail résilié

Horaire de travail du blessé : _____ heures par semaine Taux d'occupation contractuel : _____ %
Horaire de travail dans l'entreprise : _____ heures par semaine Occupation : ☐ irrégulière ☐ chômage partiel

4. Date de l'accident | Jour Mois Année Heure, minute | BDA n° blessé

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, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident

Personne(s) impliquée(s) :
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 prof. | Jusqu'à 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. Lésion | Partie du corps atteinte ☐ gauche ☐ droite | Nature de la lésion

10. Incapacité de travail | Travail interrompu à la suite de l'accident? ☐ oui ☐ non Durée probable de l'incapacité de travail supérieure à 2 mois ☐
Si oui, depuis quand ? (date et heure) Si reprise de l'activité, depuis quand ? ☐ plein temps ☐ temps partiel

11. Adresses des médecins/hôpitaux ou cliniques | Premiers soins par: | BDA n° | Traitement consécutif par: | BDA n°

12. Salaire

		CHF par	heure	Jour	Mois	année
En espèces	Salaire de base (brut)					
	Allocation de renchérissement					
	A la tâche/commission					
	Allocation pour enfants/famille					
	Indemnités pour vacances/jours fériés % ou					
	Autres allocations (genre)					
	Gratification/13e salaire % ou					
En nature	type					

13. Cas spéciaux | ☐ Assurance facultative chef d'entr. ☐ Membre de la famille, associé ☐ Imposition à source Tarif :
☐ Autre(s) employeur(s)

14. 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 ?

Dans l'affirmative, de quelle assurance s'agit-il? _____

Nom de l'assurance-maladie obligatoire

15. N° contrat LPP | Winterthur Columna :

Le soussigné autorise la société AXA Winterthur à prendre connaissance du dossier de l'assurance AI, LPP, LAMAL et LPA :

Lieu et date | Signature de l'assuré/du lésé | Timbre et signature de l'employeur

A renvoyer à :

AXA WINTERTHUR Assurances
Service des sinistres
Ch. de Primerose 11
1002 Lausanne