

Déclaration de sinistre LAA
☒ **Accident**
☐ **Maladie prof.**
☐ **Dommage dentaire**
☐ **Rechute**

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal PROMERKA SA Chemin de Cousson, 23 1032 1032 Romanel-sur-Lausanne		Tél.	N° de police LAA/compl. LAA 15.604.287 / 15.604.288
	Compte IBAN: CH9209000000127496357		Interlocuteur (nom, tél., e-mail) Sarah Binggeli, (021) 633 7919, sarah.binggeli@promerka.com	
			Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) bureau	
2. Blessé	Nom et adresse avec n° postal Madame Uldry Elodie Ruelle du Marché 1 1450 Le Château-Croix		Date de naissance 07.07.1987	N° AS / N° AVS 756.9867.8680.39
			Tél. (si connu) (077) 406 9330	Nationalité Suisse
			État civil Ledig	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans enfant(s) <input checked="" type="checkbox"/> Aucun
3. Engagement	Date d'engagement 26.10.2015 - 31.08.2016	Code UO	Profession exercée Demand Manager	Groupes/cercles de personnes
	Fonction: <input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Cadre moyen <input checked="" type="checkbox"/> Employé/travailleur		<input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire	
	Relation: <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée		<input checked="" type="checkbox"/> Contrat de travail résilié	
Horaire de travail du blessé: hr./sem. 45		Taux d'occupation contractuel: 100%		
Horaire de travail dans l'entreprise: hr./sem. 45		Occupation: Regelmässig		
4. Date du sinistre	Jour 16	Mois 08	Année 2016	Heure, minute 00:00
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p. ex. atelier, rue) 1450, Maison - salle de bain			
6. Faits	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident voir annexe			
(description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle)	Personne(s) impliquée(s): Elodie Uldry			
	Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Inconnu			
7. Accident professionnel	Objets en cause (p. ex. outil, véhicule, substance dont il s'agit)			
8. Accident non professionnel	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)? jusqu'à: vendredi, 22.07.2016 12:00 Motif d'absence: Licenciement			
9. Blessure	Partie du corps: épaule gauche <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> Lésion: Verrenkung			
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident? <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non		Si oui, depuis quand?	
	Probable durée de l'incapacité supérieure à 1 mois: <input type="checkbox"/>		Le travail a été repris à: Depuis <input type="checkbox"/> à plein <input type="checkbox"/> partiel	
11. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique) Médecin-assistant Dr. Juliana Popa 1450 Sainte-Croix		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	
12. Salaire	CHF par Salaire de base contractuel (brut), allocation de renchérissement comprise Allocation pour enfants/famille Indemnités pour vacances/jours fériés Gratification / 13e mois Autres allocations (p. ex. à la tâche/commission/en nature/indemnité pour travail par équipes) Désignation:	heure	mois	année
			3500.00	
13. Cas spéciaux	<input type="checkbox"/> Assurance facultative d'entreprise <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> 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 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 ou à une indemnité en cas de maternité? Si oui, de laquelle?			

Va à:
Zurich

Lieu et date
Romanel-sur-Lausanne, 01.09.2016

Timbre et signature
PROMERKA SA

Déclaration de sinistre LAA (Annexe Faits)

N° de sinistre

Faits

Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident

Mme Uldry a été congédiée le 22.07.16, alors qu'elle était en pleine capacité de travail. \r\nLe 16.08.16, elle a chuté dans sa baignoire à son domicile.\r\nPour information, elle se trouvait alors en période de préavis non-presté jusqu'au 31.08.16.\r\n

Feuille-accident LAA

Prière d'inscrire ici le
numéro de sinistre ➔

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal PROMERKA SA Chemin de Cousson, 23 1032 1032 Romanel-sur-Lausanne	Tél. (021) 633 7919	N° de police LAA/compl. LAA 15.604.287 / 15.604.288
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) bureau	
2. Blessé	Nom et adresse avec n° postal Madame Uldry Elodie Ruelle du Marché 1 1450 Le Château-Croix	Date de naissance 07.07.1987	N° AS / N° AVS 756.9867.8680.39
		Tél. (si connu) (077) 406 9330	Nationalité Suisse
		État civil Ledig	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans enfant(s) <input checked="" type="checkbox"/> Aucun
3. Engagement	Date d'engagement 26.10.2015 - 31.08.2016	Code UO	Profession exercée Demand Manager
	Fonction: <input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Cadre moyen <input checked="" type="checkbox"/> Employé/travailleur <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire Relation: <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée <input type="checkbox"/> Contrat à durée déterminée <input checked="" type="checkbox"/> Contrat de travail résilié		
Horaire de travail du blessé: hr./sem. 45		Taux d'occupation contractuel: 100%	
Horaire de travail dans l'entreprise: hr./sem. 45		Occupation: Regelmässig	
4. Date du sinistre	Jour 16	Mois 08	Année 2016
	Heure, minute 00:00		

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.

Changement de médecin. 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 hospitalier, une participation aux frais d'entretien peut être déduite de l'indemnité journalière. Ces restrictions ne sont pas applicables si vous êtes au bénéfice d'une assurance complémentaire.

L'incapacité de travail est inscrite par le médecin sur le verso de 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 naît le troisième jour après l'accident. L'indemnité journalière comprend 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. pour se rendre chez le médecin/à l'hôpital le plus proche) vous sont remboursés. Nous vous prions de choisir un moyen de transport avantageux, adapté aux circonstances (p. ex. transport public); autrement d'acheter 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

et l'heure de la prochaine visite	Date de la consultation faite	Incapacité de travail Degré	à partir du	Signature du médecin
* Evt. remarques quant à la capacité de travail partielle				
1)	% c'est-à-dire.	Heures/jour à	%	
2)	% c'est-à-dire.	Heures/jour à	%	
3)	% c'est-à-dire.	Heures/jour à	%	

et l'heure de la prochaine visite	Date de la consultation faite	Incapacité de travail Degré	à partir du	Signature du médecin
Fin du traitement médical le		Médicaments délivrés par: (Nom et adresse de la pharmacie)		

Timbre du médecin

Feuille de pharmacie LAA

Prière d'inscrire ici le
numéro de sinistre →

N° de sinistre

Employeur	Nom et adresse avec n° postal PROMERKA SA Chemin de Cousson, 23 1032 1032 Romanel-sur-Lausanne	Tél. (021) 633 7919	N° de police LAA/compl. LAA 15.604.287 / 15.604.288
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) bureau	
Blessé	Nom et adresse avec n° postal Madame Uldry Elodie Ruelle du Marché 1 1450 Le Château-Croix	Date de naissance 07.07.1987	N° AS / N° AVS 756.9867.8680.39
		Tél. (si connu) (077) 406 9330	
Date du sinistre	Jour 16	Mois 08	Année 2016
			Heure, minute 00:00

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 demander de 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 la pharmacie

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 reporter 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-dessus.

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

- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante;
- des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

Date:

Timbre de la pharmacie:

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

En cas de décompte par l'OFAC: 35-1