

Déclaration de sinistre LAA		<input checked="" type="checkbox"/> Accident <input type="checkbox"/> Maladie prof.	<input type="checkbox"/> Dommage dentaire <input type="checkbox"/> 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	
		Interlocuteur (nom, tél., e-mail) Sarah Binggeli, (021) 633 7919, sarah.binggeli@promerka.com		
Compte IBAN: CH920900000127496357				
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"/> Contrat à durée indéterminée	<input type="checkbox"/> Apprenti <input checked="" type="checkbox"/> Stagiaire <input type="checkbox"/> Contrat de travail résilié	
	Relation: <input type="checkbox"/> Contrat à durée indéterminée	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 (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 voir annexe 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: Licenciemment			
9. Blessure	Partie du corps: épaule	gauche	droit	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"/> Autre(s) employeur(s):	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé		
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\n**Le 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



Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG
Leistungen Personenversicherungen
Postfach
8085 Zürich

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	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

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
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

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		
<p> </p> <p> </p>				
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.

Note de la pharmacie

joindre les ordonnances s.v.p

Total

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.

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