

AVIS D'ACCIDENT ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ET SUPPLÉMEN- TAIRE LAA



Représentée par:

N° de police:

N° de sinistre:

PRENEUR D'ASSURANCE

Nom / Prénom _____ Téléphone privé _____
Rue, n° _____ prof. _____
NPA / Lieu _____ Type d'activité _____

PERSONNE ACCIDENTÉE

Nom / Prénom _____ Lieu de travail habituel _____
Rue, n° _____ Date d'engagement _____
NPA / Lieu _____ Sexe masculin féminin
Date de naissance _____ Activité professionnelle
Etat civil _____ habituelle formé spécialisé
Nationalité _____ non formé apprenti
Enfants de moins de 20
ans ou en formation
jusqu'à 25 ans nombre _____ aucun

ACCIDENT

Quand l'accident s'est-il produit? Date _____ Heure _____
Lieu de l'accident? _____
Déroulement de l'accident? _____

Genre de blessures? _____

Un rapport de police a-t-il été établi? Oui Non

Si oui, par quelle instance? _____

En cas de faute commise par des tiers, veuillez
indiquer le nom et l'adresse de la personne fautive. _____

Nom et adresse des éventuels témoins _____

QUESTIONS GÉNÉRALES

Nom et adresse du médecin traitant

Un séjour hospitalier et/ou dans un établissement de cure est-il prévu?

Oui Non

Si oui, où et pendant combien de temps?

Auprès de quelle compagnie la personne accidentée est-elle assurée obligatoirement contre les accidents?

Temps de travail: Jours par semaine: Heures par semaine: Temps de travail hebdomadaire habituel dans l'entreprise:

SALAIRE

	CHF/heure	CHF/jour	CHF/mois	CHF/an
Salaire de base (brut)	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Allocation de renchérissement	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Travail à la tâche/commission	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Allocations pour enfants/familiales	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Indemnité pour vacances/jours fériés en ____ % ou ____	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Autres allocations (type) _____	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Gratification/13 ^e salaire en ____ % ou ____	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Salaire en nature, type	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

DONNÉES RELATIVES AU COMPTE

L'indemnité journalière doit être versée sur le compte suivant:

Compte postal

N°

Titulaire du compte

Compte bancaire

Nom de la banque

Lieu

Titulaire du compte

IBAN

N° de clearing

REMARQUES

La personne accidentée déclare par la présente avoir répondu de manière conforme à la vérité aux questions ci-dessus. Elle autorise SOLIDA à se procurer des renseignements auprès d'autres assureurs (compagnies d'assurance privées, SUVA, AI, AVS, AM, etc.), de médecins, de postes de police et de tribunaux.

La personne accidentée

Lieu, date, signature

L'entreprise

Lieu, date, signature