

N° du dossier de cas: \_\_\_\_\_ Date / heure de l'accident: \_\_\_\_\_

## PRENEUR D'ASSURANCE

Nom \_\_\_\_\_ NPA/Localité \_\_\_\_\_  
 Rue, n° \_\_\_\_\_ Téléphone / Fax \_\_\_\_\_

## ASSURÉ

Nom \_\_\_\_\_ Sexe  masculin  féminin  
 Prénom \_\_\_\_\_ N° AVS / AS \_\_\_\_\_  
 Rue, n° \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 NPA/Localité \_\_\_\_\_ Nationalité \_\_\_\_\_  
 État civil \_\_\_\_\_

## ENGAGEMENT

Date d'engagement \_\_\_\_\_ Profession actuelle \_\_\_\_\_  
 Taux d'occupation \_\_\_\_\_ % Type de contrat \_\_\_\_\_  
 Temps de travail du patient \_\_\_\_\_ h / semaine Fonction \_\_\_\_\_  
 Temps de travail habituel \_\_\_\_\_ h / semaine Type de tâches \_\_\_\_\_  
 au sein de l'entreprise

## REMARQUES À L'ATTENTION DU / DE LA BLESSÉ(E)

Le médecin note **l'incapacité de travail** sur la feuille-accident. **Les collaborateurs présentant une incapacité de travail partielle doivent travailler normalement**, sauf si le médecin prévoit d'autres dispositions pour des raisons médicales.

**Changement de médecin:** les changements de médecin éventuels doivent être annoncés immédiatement à l'assurance.

Les frais de voyage et de transport, p. ex. pour se rendre chez le médecin / à l'hôpital le plus proche, vous seront remboursés. **Veillez opter pour un moyen de transport adapté aux circonstances et avantageux (p. ex. les transports publics); souscrivez au besoin un abonnement ou adressez-vous au service des transports de la Croix-Rouge si l'usage des transports publics s'avère impossible.** Veuillez noter votre compte bancaire (IBAN) sur votre décompte de frais. Si vous décidez pour des raisons personnelles de vous faire traiter ailleurs, l'assurance ne prendra pas en charge les frais supplémentaires.

## INFORMATIONS SAISIES PAR LE MÉDECIN

Consultation du	Taux en cas de capacité de travail inférieure à 100%	Incapacité de travail	Signature du médecin
	% c.-à-d. h/jour à	% de à	
	% c.-à-d. h/jour à	% de à	
	% c.-à-d. h/jour à	% de à	
	% c.-à-d. h/jour à	% de à	
	% c.-à-d. h/jour à	% de à	
	% c.-à-d. h/jour à	% de à	
	% c.-à-d. h/jour à	% de à	
	% c.-à-d. h/jour à	% de à	
	% c.-à-d. h/jour à	% de à	

Le traitement médical se termine le \_\_\_\_\_

## REMARQUES

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Lieu / date \_\_\_\_\_ Médecin \_\_\_\_\_  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Signature / timbre \_\_\_\_\_