



## Déclaration de Sinistre - Accident - sans incapacité de travail

UNIGESTA S.A

### Assurance & n° de police

Assurance :  N° de police LAA :

N° de sinistre :  N° de police LAA complémentaires :

### Employeur

Société :

Adresse :

Tél. Privé :

### Versement des indemnités

versement sur :  Compte bancaire  CCP

Nom de la banque & filiale :

Titulaire du compte :

N° de compte :  IBAN ou SWIFT :

### Assuré(e)

Nom - Prénom :

Société :

Adresse :

Tél. Privé :  Tél. Prof :

### Engagement

Date :  Fonction dans l'entreprise :

### Date et lieu de l'accident

Date :  Heure :  Lieu :

### Déroulement de l'accident, personnes, machines, objets, véhicules impliqués...

Circonstances :

## Accident non professionnel

Quand la personne blessée a-t-elle travaillé pour la dernière fois? Date :  Heure :

## Blessure

Partie du corps atteinte: (gauche/droite)

Nature des blessures :

Premiers soins prodigués par:

Suite du traitement par le Dr. :

## Horaires de travail de la personne blessée

Jour(s) par semaine :  Heures par semaine :

Heures de travail hebdomadaire dans l'entreprise :

Temp d'occupation :  Temp pleins  Temp partiel  Chômage partiel  Autre

## Autre prestation d'assurances sociales

L'assuré(e) a-t-il (elle) déjà eu droit à une indemnité journalière ou à une rente d'assurance sociale:  
Caisse maladie, SUVA ou autres assurances accidents obligatoire, assurance invalidité, assurance vieillesse et survivants?

OUI  NON

Assurance militaire ou assurance chômage?

OUI  NON

Autre?

## Indications pour l'employeur

Cette déclaration d'accident doit être remplie uniquement quand il n'y a pas d'incapacité de travail

## Remarques

fait le  à  Signature :