



### Accident non professionnel :

Quand la personne blessée a-t-elle travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident?

Jour                      Date                      Heure

Motif (Vacances...) :

### Blessure :

Partie du corps atteinte :

(Gauche/Droite)

Nature des lésions :

### Adresse des médecins/Hôpitaux ou cliniques :

Premiers soins par :

(Nom et adresse)

Traitement consécutif par :

(Nom et adresse)

### Horaires de travail de la personne blessée :

Jours par semaine :

Heures par semaine :

Heures de travail hebdomadaire dans l'entreprise :

Occupation (100%, 80%, 50%...) :

Régulière                      Irrégulière                      Chômage partiel                      Autre

### Autres prestations d'assurances sociales :

L'assuré(e) a-t-il (elle) déjà eu droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale:

Caisse maladie, SUVA ou autres assurances accidents obligatoire, assurance invalidité, assurance vieillesse et survivants?

Oui                      Non

Assurance militaire - assurance chômage?

Oui                      Non

Autre :

### Versement des indemnités :

L'indemnité est à verser sur :

CCP                      Compte bancaire

Numéro de compte :

Titulaire du compte :

Nom de la banque :

Filiale :

**Remarques complémentaires :**

Lieu et date:

Signature de la personne assurée / Timbre du preneur d'assurance:

***Merci de bien vouloir envoyer / faxer cette déclaration de sinistre dûment complétée à:***



**CA3P**  
Rue du Gothard 5  
CH – 1225 Chêne-Bourg  
Tél: +41(0)22 348 33 00  
Fax: +41(0)22 348 33 62  
Mail : [conseils@ca3p.ch](mailto:conseils@ca3p.ch)