

# DÉCLARATION D'ACCIDENT – LAA / SUVA / ASSUREUR PRIVÉ

## 1. Données de l'employeur / société

- **Nom de l'entreprise :** .....
- **Adresse :** .....
- **N° AVS de l'employeur :** .....
- **Numéro de police / contrat LAA :** .....
- **Nom de l'assureur (SUVA ou privé) :** .....

## 2. Données de la personne accidentée

- **Nom et prénom :** .....
- **Date de naissance :** .....
- **Adresse :** .....
- **N° AVS :** .....
- **Fonction / poste occupé :** .....
- **Statut :**  Salarié(e)  Apprenti(e)  Temporaire  Indépendant
- **Date d'entrée en fonction :** .....

## 3. Informations sur l'accident

- **Date de l'accident :** .....
- **Heure :** .....
- **Lieu de l'accident :** .....
- **Type d'accident :**  Professionnel  Non-professionnel  Trajet
- **Description de l'accident (circonstances précises) :**  
.....  
.....
- **Partie(s) du corps touchée(s) :** .....
- **Type de blessure :** .....
- **Médecin ou hôpital consulté :** .....

#### 4. Absence et mesures

- **Début de l'incapacité de travail :** .....
- **Durée estimée :** .....
- **Certificat médical joint :**  Oui  Non
- **Travail aménagé possible :**  Oui  Non

#### 5. Déclaration

Je soussigné(e), certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes et complètes. Je m'engage à transmettre tout certificat médical ou document complémentaire requis par l'assureur.

**Lieu et date :** .....

**Signature du collaborateur / assuré :** .....

**Signature de l'employeur :** .....

**Cachet de l'entreprise :** .....

