



REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE
Département des finances, des ressources humaines
et des affaires extérieures
Office du personnel de l'Etat
Direction paies et assurances

DÉCLARATION D'ACCIDENT

à retourner à :
gestion.accidents.df@etat.ge.ch

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
N° postal :	Ville :	Pays :	
Matricule : (8 chiffres)		Date de naissance : jj/mm/aaaa	
Département :		Service :	
Fonction :			
Date d'engagement :	jj/mm/aaa	Nombre d'heures par semaine :	
Téléphone privé :		Téléphone professionnel :	
Avez-vous un autre employeur ?		non oui	
Si oui, lequel :		Nombre d'heures par semaine :	

Accident professionnel	Accident NON-professionnel
<u>En cas d'accident NON-professionnel</u>	
Quel a été votre dernier jour de travail <u>AVANT</u> l'accident ? Date :	
Etiez-vous absent pour un des motifs ci-dessous ? non oui (Si oui, veuillez cocher le motif) hh:mm	
Maladie Maternité Service-militaire Vacances ou récupération d'heures Autre	
<u>VEUILLEZ COMPLETER TOUS LES POINTS CI-DESSOUS POUR TOUS TYPES D'ACCIDENTS:</u>	
Date de l'accident : jj/mm/aaa	Heure de l'accident : hh:mm
Lieu :	
Partie du corps atteinte: (précisez droite ou gauche)	
Nature de la blessure :	
Circonstances : (max 300 caractères)	
Témoins :	
Un rapport de police a-t-il été établi ? non oui Par quel poste de police ?	

Médecin ou hôpital consulté : (nom & adresse)	
Médecin suivant le traitement:	
Travail interrompu après l'accident : non oui Si oui, depuis le : jj/mm/aaaa	
Prière de joindre la copie du certificat médical à la présente.	

En apposant vosre signature ci-dessous, vous autorisez l'assureur et le Service de santé du personnel de l'Etat à échanger – sous couvert du secret médical – les renseignements collectés dans le cadre de la gestion de l'accident concerné.		
Genève, le jj/mm/aaa	Signature chef.fe de service : (en cas d'accident professionnel)	Signature de l'accidenté.e :