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 :

Numéro AVS :
NNSS (ex. 756.1234.1234.12 - Voir carte assurance maladie)

Date de naissance : jj/mm/aaaa

Département de l'instruction publique

Ecole :

Fonction : Elève en école de métier non-rémunéré

Début année scolaire : 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**

En cas d'accident NON-professionnel

Quel a été votre dernier jour de travail **AVANT** l'accident ? **Date :** **Heure de départ :**

Etiez-vous absent pour un des motifs ci-dessous ? non ☐ oui ☐ **(Si oui, veuillez cocher le motif**

☐ Maladie ☐ Maternité ☐ Service-militaire ☐ Vacances ou récupération d'heures ☐ Autre

VEUILLEZ COMPLETER TOUS LES POINTS CI-DESSOUS POUR TOUS TYPES D'ACCIDENTS:

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 **votre 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

Genève, jj/mm/aaa

Signature du chef.fe de service :
(en cas d'accident professionnel)

Signature de l'accidenté.e :

Réinitialiser Imprimer