



## DECLARATION D'ACCIDENT LAA POUR CHOMEURS

Nom  Prénom   
Date de naissance  N° AVS   
N° de téléphone

Date de l'accident  Heure de l'accident   
Lieu et endroit de l'accident

Description précise et complète de l'accident (activité au moment de l'accident, déroulement de l'accident, personnes, machines, objets, produits ayant joué un rôle dans l'accident) :

Existe-t-il un rapport de police ? Oui  Non

Personnes impliquées dans l'accident (noms et adresse)

Partie du corps atteinte :

Côté atteint : Gauche  Droit  Indéterminé

Nature de la lésion :

---

Incapacité à travailler : Oui  Non

Date de début de l'incapacité

Date de fin de l'incapacité  Taux de reprise  %

Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)

Suite du traitement (médecin, hôpital, clinique)

---

L'accident s'est-il produit pendant une période de mesure du marché du travail ? Oui  Non

Si oui, s'agissait-il d'un :

Stage  Cours

---

L'accident s'est-il produit durant un emploi en gain intermédiaire ? Oui  Non

Employeur  Localité

---

**Merci de remettre ce formulaire de déclaration d'accident, accompagné du certificat médical, à la CCGC:**

- par e-mail | [ccgc-ici@etat.ge.ch](mailto:ccgc-ici@etat.ge.ch)
- ou directement à nos guichets | 40 rue de Montbrillant – 2<sup>ème</sup> étage

En cas de questions, veuillez contacter le 022 919 84 70.