



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 AVANT l'accident ? Date :				
Etiez-vous absent pour un des motifs ci-dessous ? non oui (Si oui, veuillez cocher le motif) Heure de départ : 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 vo tre 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 :