



DÉCLARATION D'ACCIDENT
à retourner par mail à: gestion.accidents.df@etat.ge.ch
ou par courrier à :
Office du personnel de l'Etat- Service des paies et
assurances du personnel – CP 3937 - 1211 Genève 3

Nom : Prénom :

Adresse :

N° postal : Ville :

Matricule : Date de naissance :
8 chiffres

Département : Service :

Fonction :

Date d'engagement : Nombre d'heures par semaine :

Téléphone privé : Tél professionnel :

Avez-vous un autre employeur ? Si oui lequel ? :

(temps partiels) Nb d'heures de travail par semaine :

Accident professionnel **Accident NON-professionnel**

En cas d'accident NON-professionnel

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

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

Maladie Maternité Service-militaire Vacances ou récupération d'heures

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

Date de l'accident : Heure de l'accident:

Lieu :

Partie du corps atteinte:

(précisez droite ou gauche):

Nature de la blessure :

Circonstances :

.....

.....

Témoins :

Un rapport de police a-t-il été établi ? Par quel poste de police ?

Médecin ou hôpital consulté:

(nom & adresse) :

Médecin suivant le traitement:

Travail interrompu après l'accident, si oui depuis quand? oui, depuis le non

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 d'échanger – sous couvert du secret médical – les renseignements collectés dans le cadre de la gestion de l'accident incriminé.

Genève, le Signature du chef de service : Signature du blessé:
(en cas d'accident professionnel)