



Groupe Mutuel – Assurance ACCIDENT Complémentaire

Déclaration d'accident

Date de l'accident :

Nom et prénom : Né(e) le :

Dans l'entreprise dès le :

Nombre d'heures perdues le jour de l'accident :

Le travailleur / la travailleuse est assujetti(e) à l'impôt à la source oui non

Si oui, numéro AVS :

Commune de domicile : Canton :

Nous vous transmettons, ci-joint, les documents suivants :

Copie de la déclaration d'accident LAA

Copie du décompte SUVA

Les prestations sont à verser à :

L'employeur

L'assuré :

Compte bancaire (avec nom de la banque) ou CCP :

Nous indemnisons le jour de l'accident plus les 2 jours suivants (jours ouvrables)

Remarques :

Genève, le

Timbre et signature de l'employeur