

## DECLARATION D'ACCIDENTS

A remplir et à expédier à l'adresse suivante :

Université de Genève  
Division des ressources humaines  
24, rue du Général-Dufour  
UNI-DUFOUR 1211 GENEVE 4

Nom :	Prénom :
Matricule : (A remplir par le service traitant la demande)	Date de naissance :
Faculté/Département :	
Section/Division :	
Fonction :	
Téléphone privé :	Professionnel :
Date d'engagement :	Nombre d'heures par semaine :
Avez-vous un autre employeur :	Si oui, lequel :
(Pour les personnes travaillant à temps partiel) Nombre d'heures par semaine :	

Date de l'accident :	Heure de l'accident :
Lieu :	
Partie(s) du corps atteinte(s) :	
Blessure(s) :	
Circonstances :	
Témoins :	
Rapport de police ?	Par quel poste de police ?

En cas d'accident **NON** professionnel, indiquer le dernier jour de travail **AVANT** l'accident :

Motif de l'absence : (congé-maladie, congé-maternité, vacances, congé-horaire, service militaire :

Travail interrompu depuis ?	Travail repris depuis ?
Médecin traitant-e nom et adresse :	
Deuxième médecin traitant-e :	
S'il s'agit d'une permanence :	
Le-la soussigné-e autorise l'assureur LAA compétent à fournir les renseignements utiles (notamment médicaux) aux médecins du service de santé de l'Etat suite de son accident.	

Genève, le \_\_\_\_\_

Signature du-de la supérieur-e hiérarchique : \_\_\_\_\_

Signature de la personne blessée: \_\_\_\_\_

**Nota Bene** : Les personnes employées sur fonds privés sont assurées auprès du Groupe Mutuel et les personnes employées sur fonds DIP sont assurées auprès de la Zürich Assurance.