Déclaration d'accidents online

Manuel d'utilisation



Centre hospitalier universitaire vaudois

groupemutuel

Table des matières

1. Introduction 3

2. Connexion 4

3. Annoncer un sinistre 7
Changement de version linguistique 7
Choix/création du type de déclaration 8

4. Informations à transmettre lors d'une déclaration 12
1/5 – Personne assurée (0/18) 12
2/5 – Rapport de travail (0/2) 14
3/5 – Description de l'accident (0/10) 15
4/5 – Lésions et blessures (0/5) 17
5/5 – Justificatifs 18
Erreur/oubli 19
Envoyer pour compléter 20

5. Terminer la déclaration puis comment procéder ensuite 21
Le numéro de sinistre : 23
Processus de traitement des annonces de cas et de leur suivi : 24

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
Antenne de l'Administration RH

LU-VE : 07H00-15H00

BU21/03/210,
Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne

✆ 021 314 16 79

✉ arh.reception@chuv.ch

Groupe Mutuel
La vraie vie, avec assurance

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5
CH-1919 Martigny

1. Introduction

Ce manuel d'utilisation explique comment se connecter à la plate-forme "Déclaration Online" et décrit les fonctionnalités qui vous permettent d'annoncer un accident.

Les avantages à enregistrer la déclaration en ligne sont nombreux. Cela permet notamment de recevoir instantanément le **numéro de sinistre**, d'obtenir plus rapidement le **remboursement des frais médicaux et de pharmacie** et d'accélérer le traitement de votre dossier auprès de l'assureur.

Vous pouvez nous aider à améliorer ce service en adressant vos éventuelles suggestions exclusivement à l'adresse électronique : arh.reception@chuv.ch.

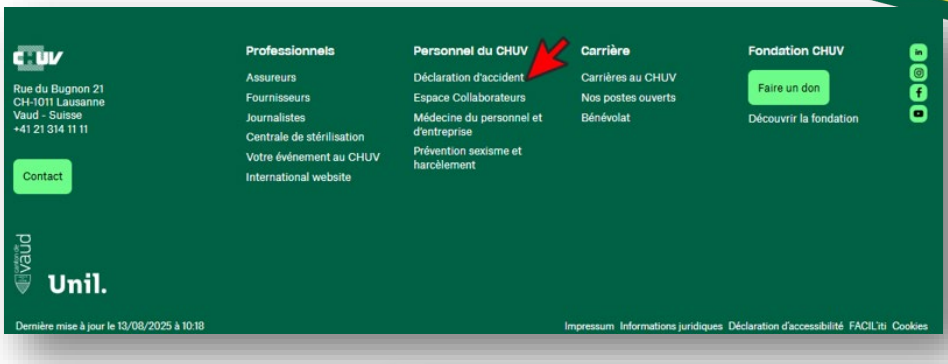
2. Connexion

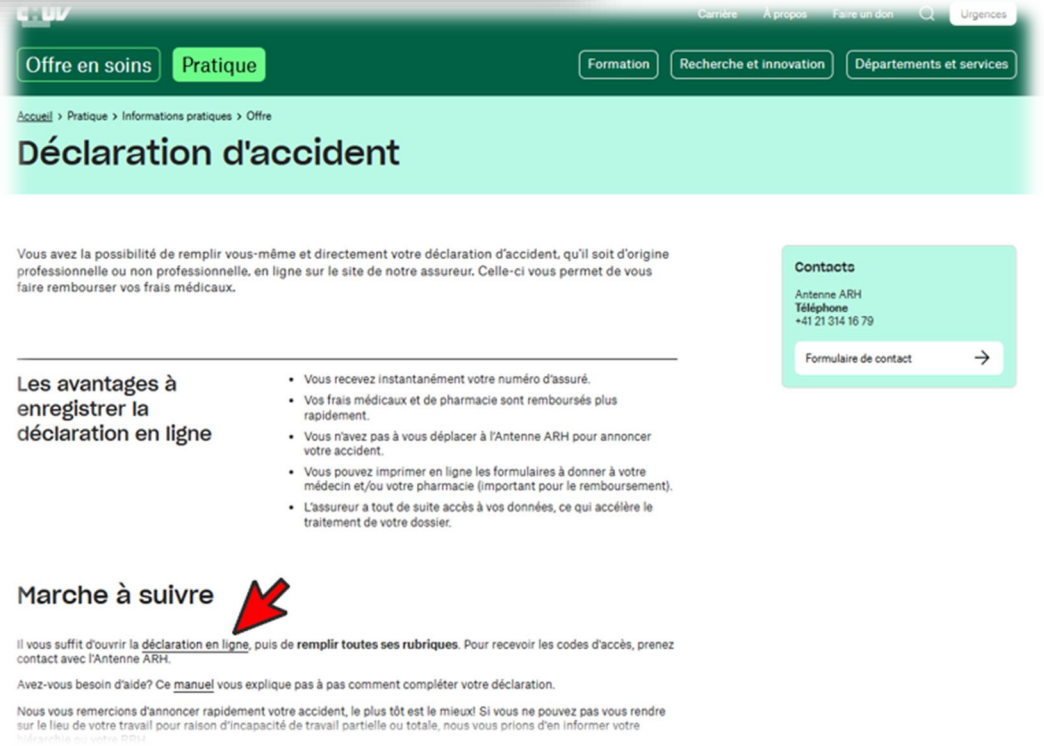
La Déclaration Online est accessible sur notre site internet **www.chuv.ch**

Pour y accéder :

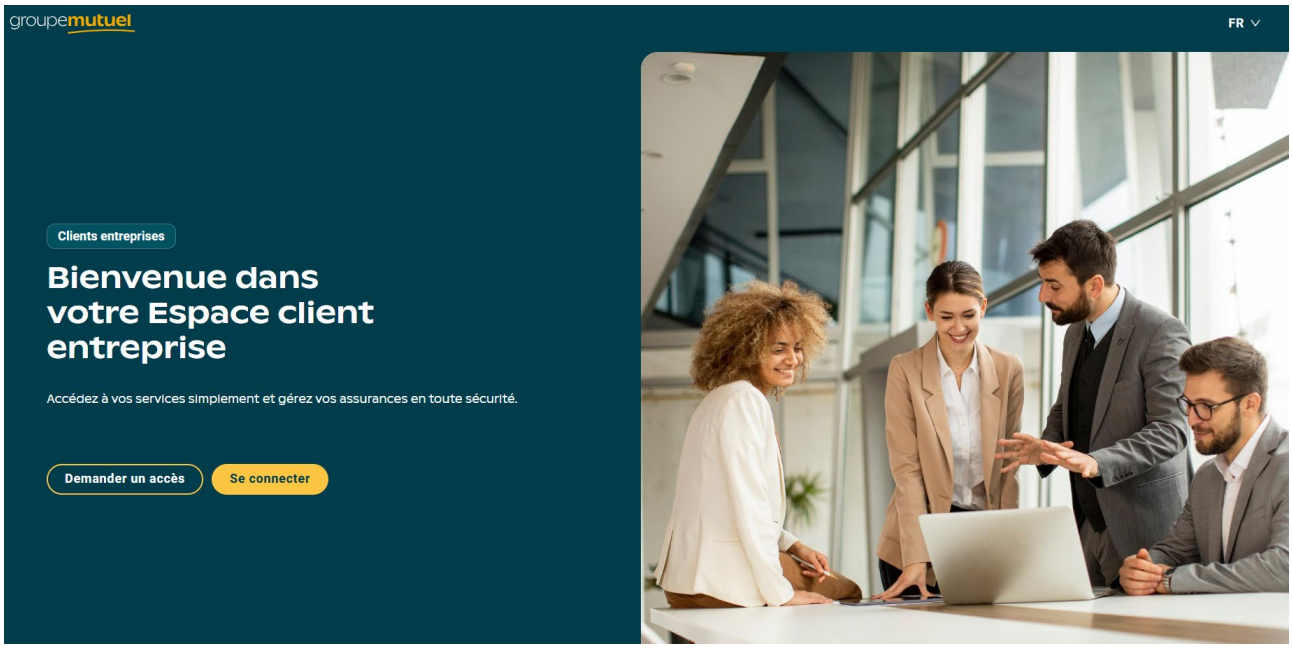
1. Faites défiler la page jusqu'en bas.
2. Sous Personnel du CHUV, cliquez sur Déclaration d'accident.
3. Cliquez ensuite sur déclaration en ligne.



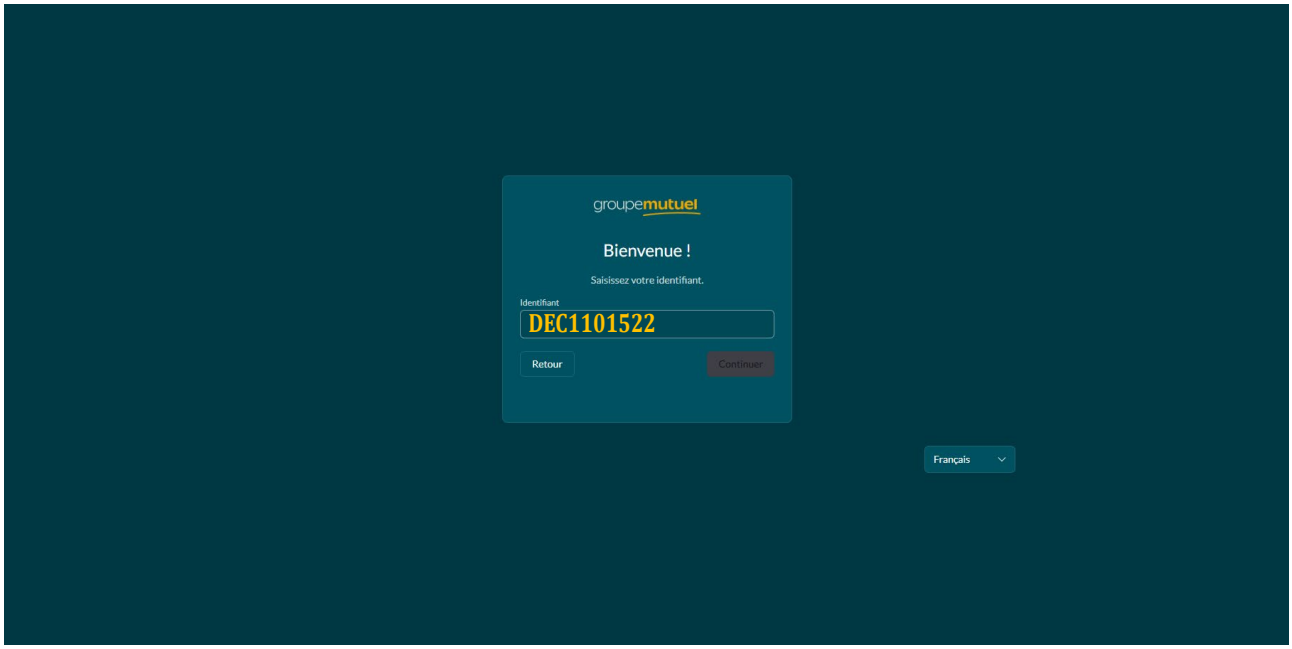




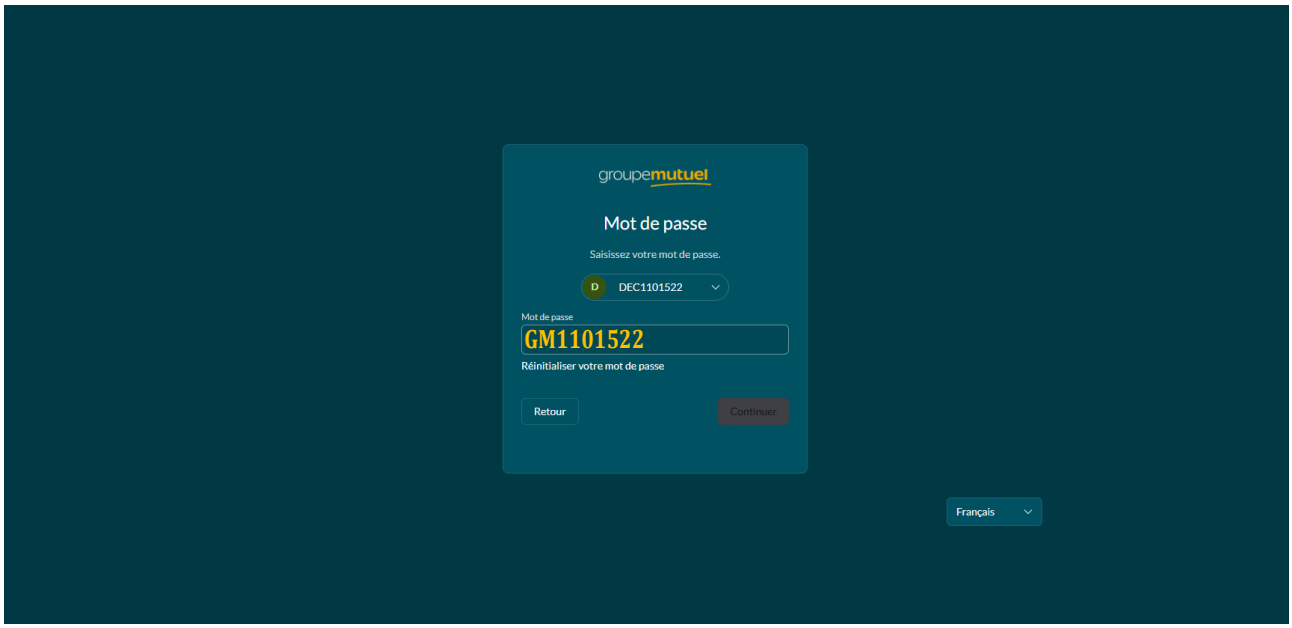
Après avoir cliqué sur le bouton « déclaration en ligne », une nouvelle fenêtre s'ouvrira sur la page d'accueil de l'Espace client entreprise de Groupe Mutuel. Cliquez ensuite sur le bouton jaune « Se connecter ».



Une fois sur la page d'authentification, saisissez l'identifiant indiqué ci-dessous dans le champ prévu à cet effet, puis cliquez sur « Continuer ».



Après avoir saisi l'identifiant, une nouvelle page s'affichera afin de renseigner le mot de passe. Saisissez le mot de passe indiqué ci-dessous dans le champ prévu à cette effet, puis cliquez sur « Continuer ».



Vous trouvez ci-après les codes d'accès qui vous permettront de vous identifier lors de votre connexion (en majuscule, sans espace) :

USER : **DEC1101522**

PASSWORD : **GM1101522**

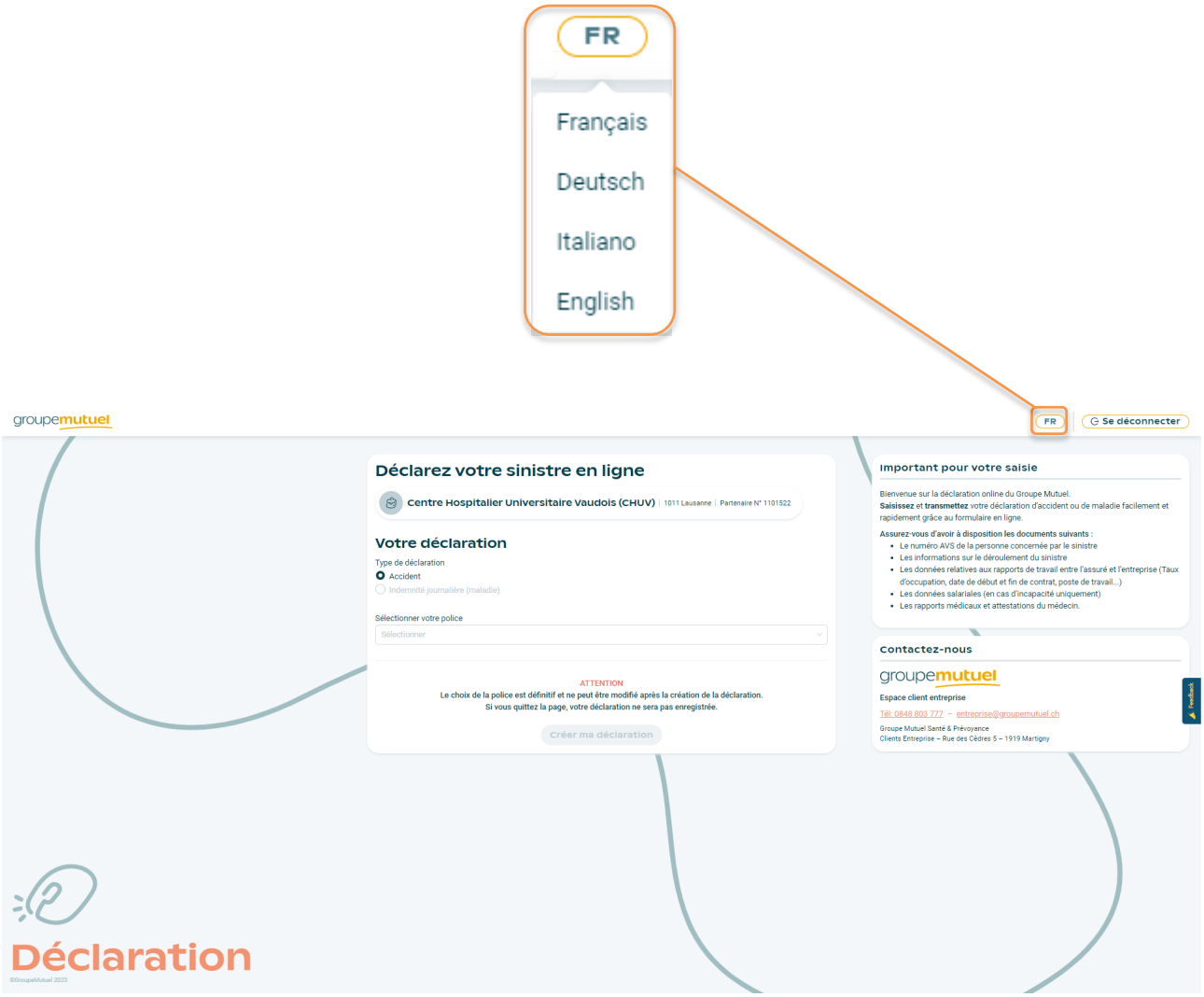
Une fois l'identification terminée, procédez à la saisie de la déclaration de sinistre.

En cas de problème, le numéro de la hotline se trouve en bas de la page d'authentification de la déclaration online.

3. Annoncer un sinistre

Changement de version linguistique

A tout moment, la version linguistique peut être changée au moyen de l'option y afférente qui se retrouve au sommet de toutes les pages de la déclaration :

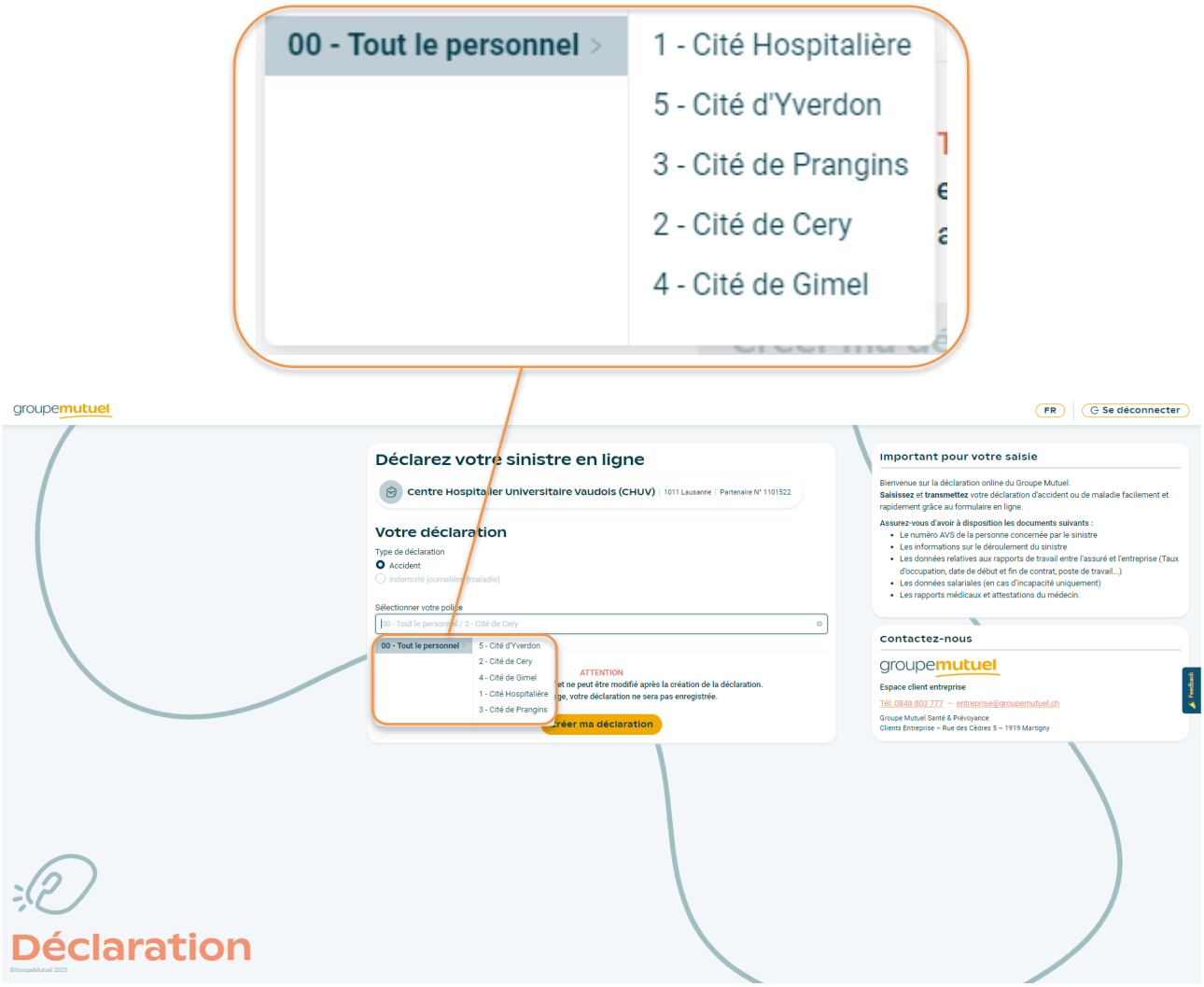


Choix/création du type de déclaration

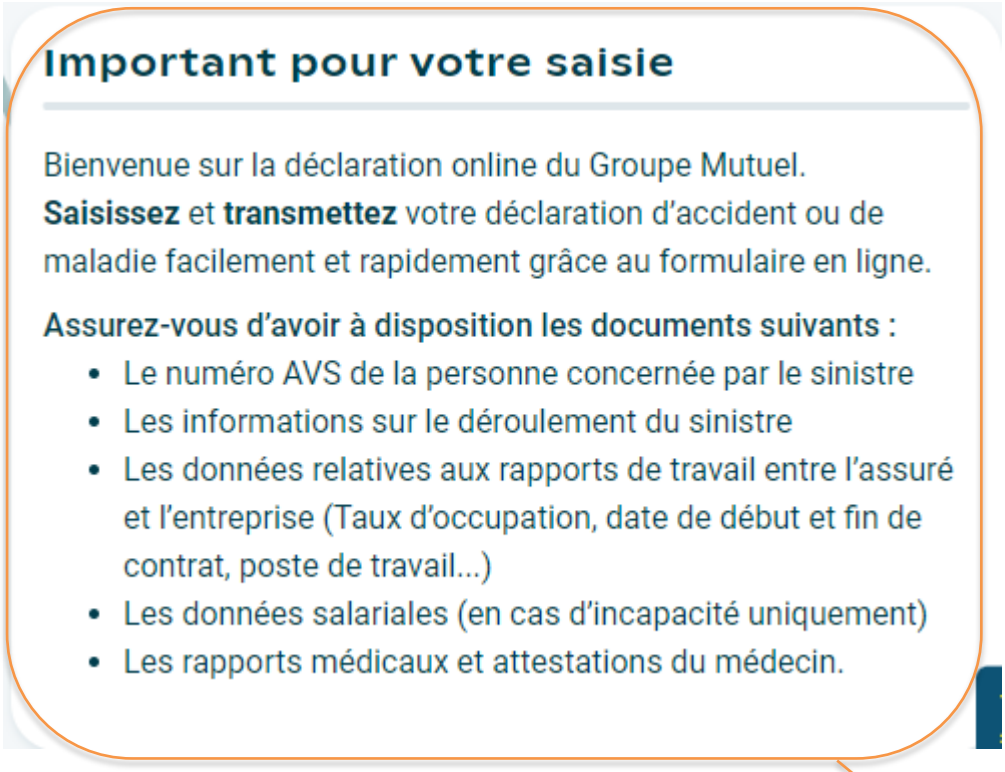
Ensuite, il vous suffit de choisir le type de déclaration du cas :



Puis de sélectionner la police d'assurance vous concernant :



Sans oublier, avant de cliquer sur le bouton « Créer ma déclaration », munissez vous des documents utiles mentionnés pour votre saisie :





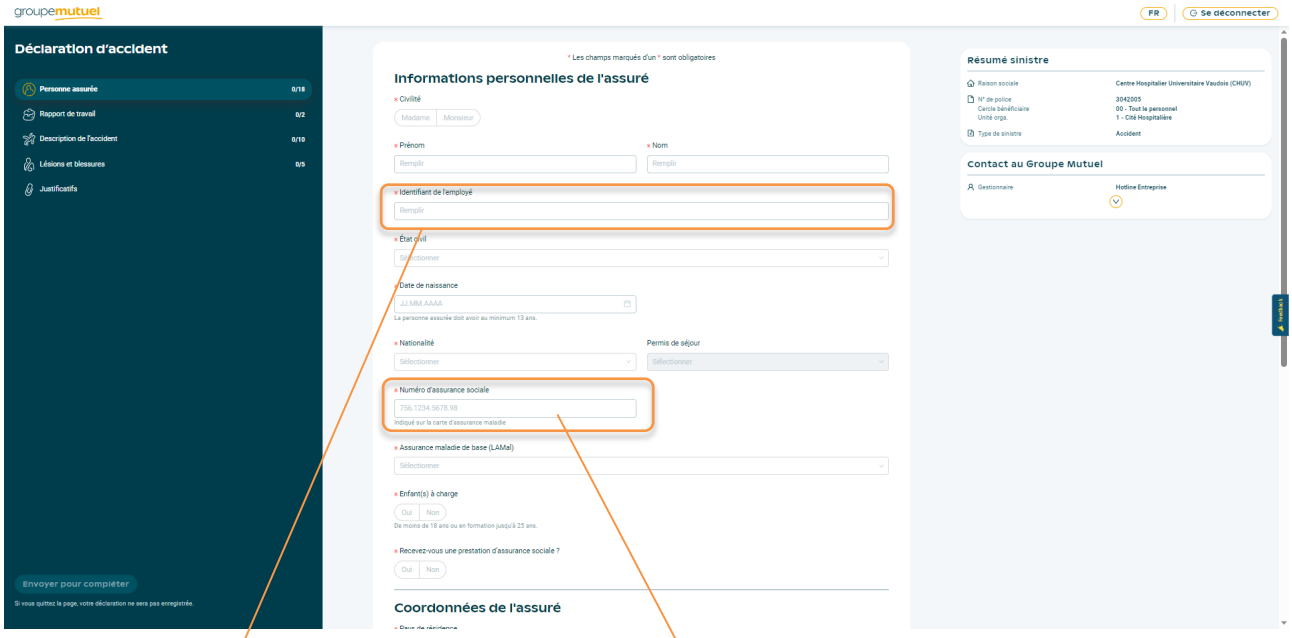
Finalement, créer votre déclaration en cliquant sur le bouton « Créer ma déclaration » :



4. Informations à transmettre lors d'une déclaration

1/5 – Personne assurée (0/18)

Remplissez les champs obligatoires (*) de la section « Personne assurée » :



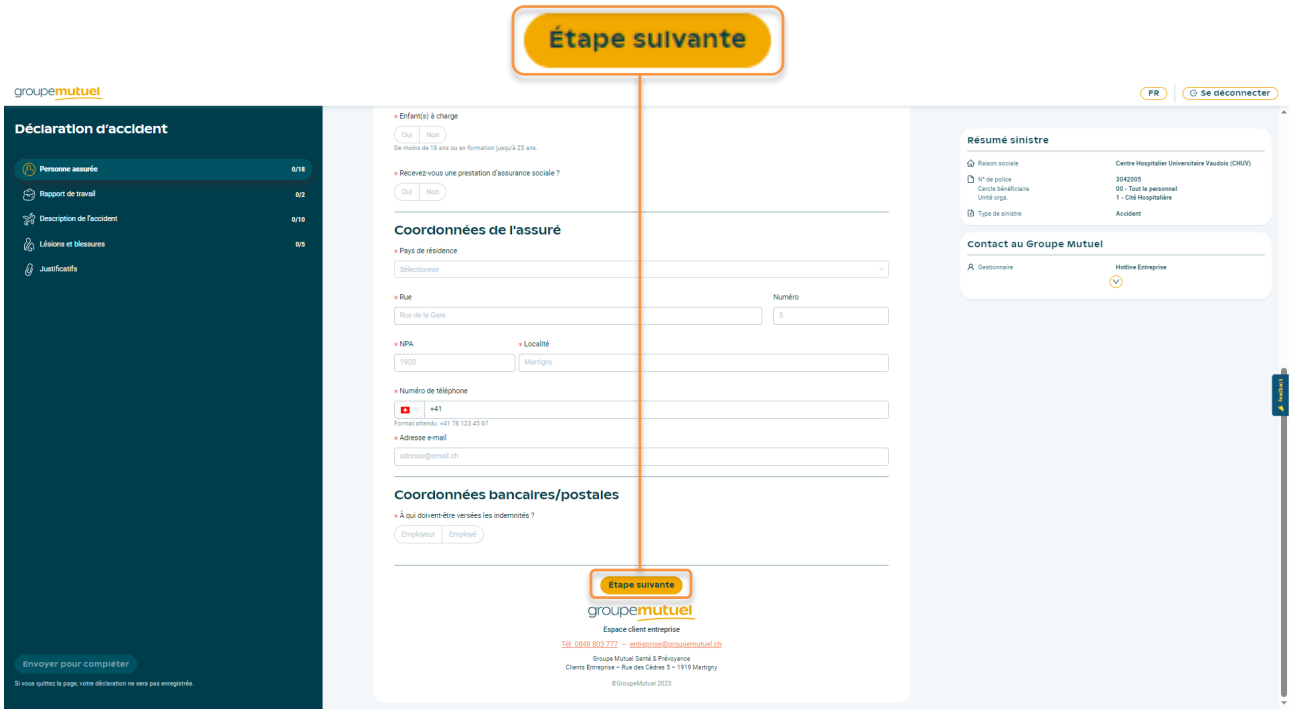
L'**identifiant de l'employé** correspond au numéro de matricule qui figure au verso de votre badge, sous le code barre :



Le **N° assurance sociale** est le numéro AVS en format : 756.1234.1234.12 (avec les points et sans espaces)

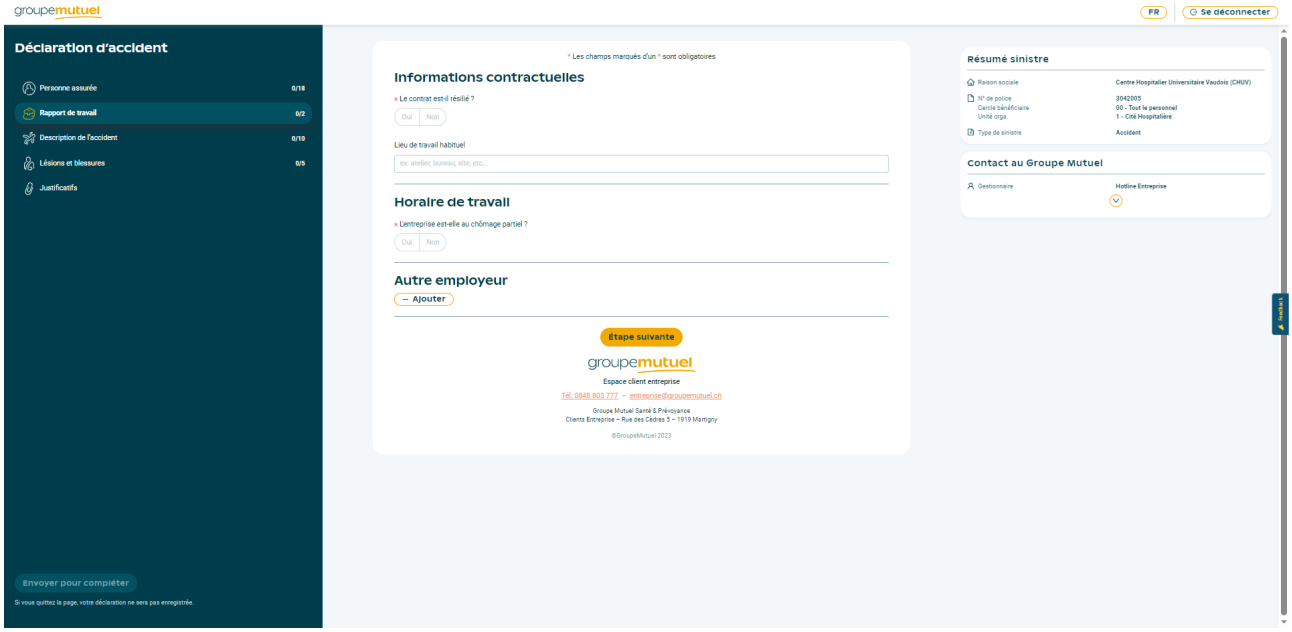
Vous pouvez le trouver sur votre certificat d'assurance AVS ou sur votre carte d'assurance maladie

Passez sans autre à la section suivante en cliquant sur « Etape suivante » :

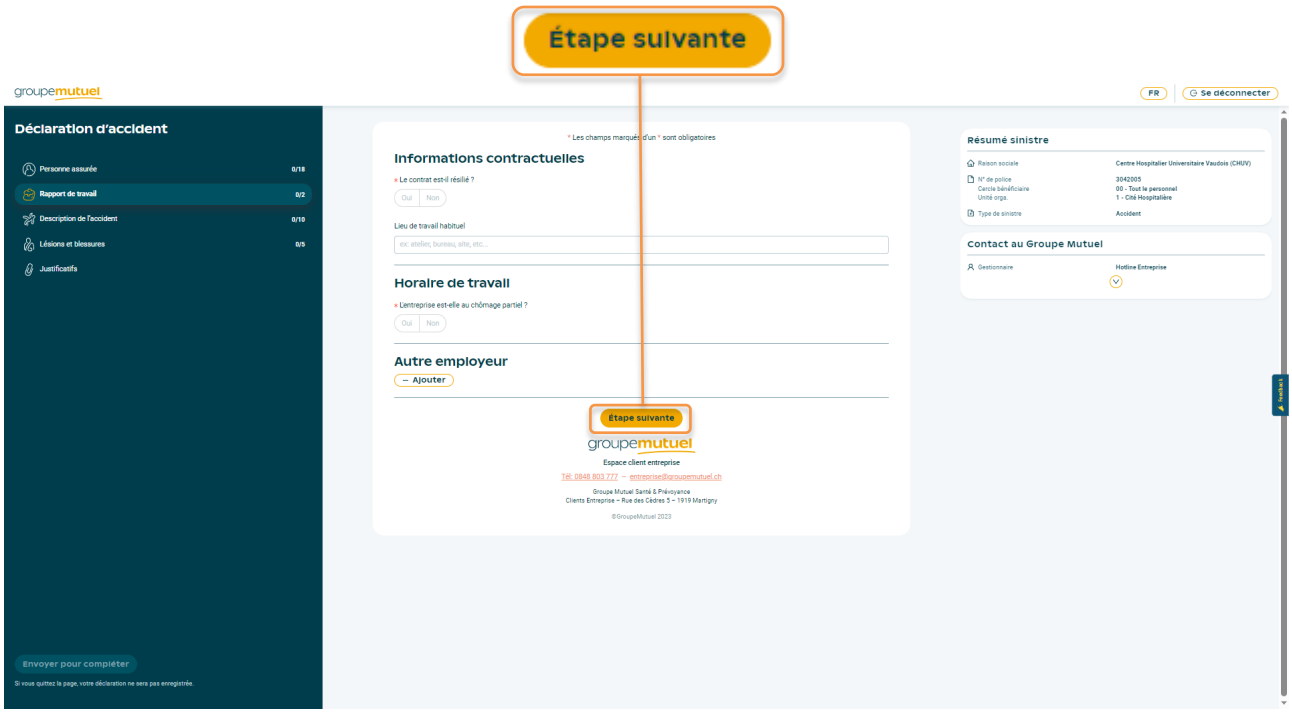


2/5 – Rapport de travail (0/2)

Remplissez les champs obligatoires (*) de la section « Rapport de travail » :

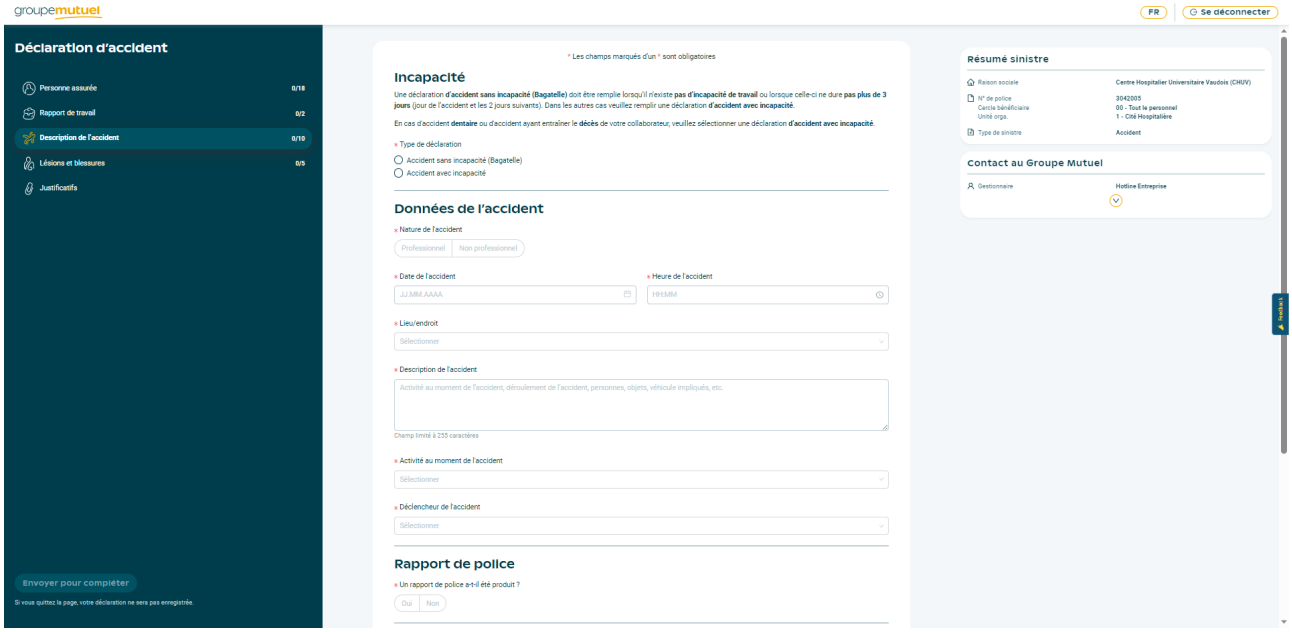


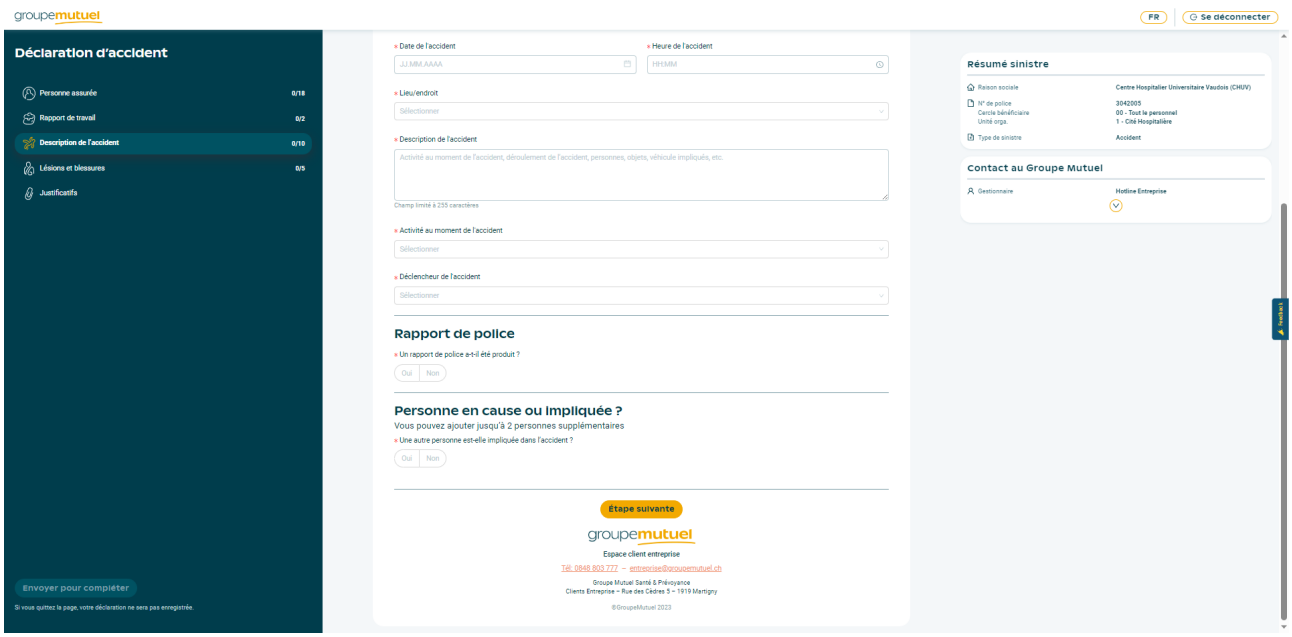
Passez sans autre à la section suivante en cliquant sur « Etape suivante » :



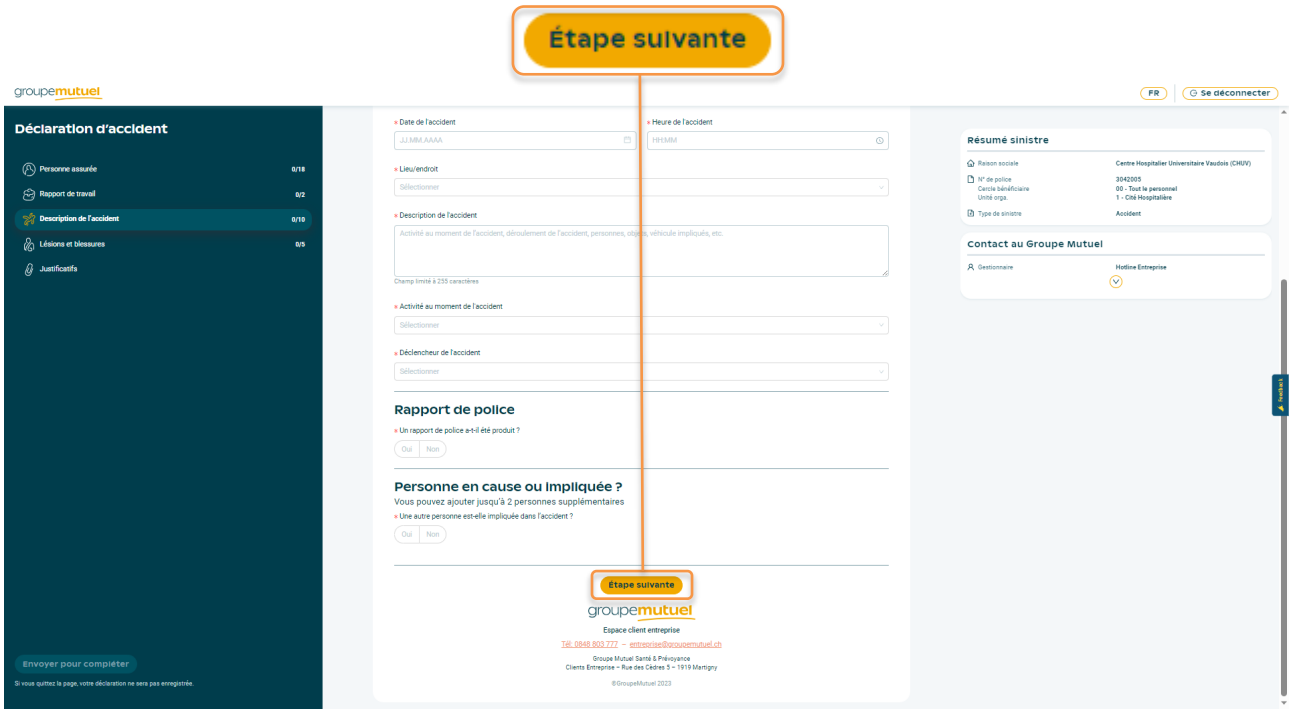
3/5 – Description de l'accident (0/10)

Remplissez les champs obligatoires (*) de la section « Description de l'accident » :



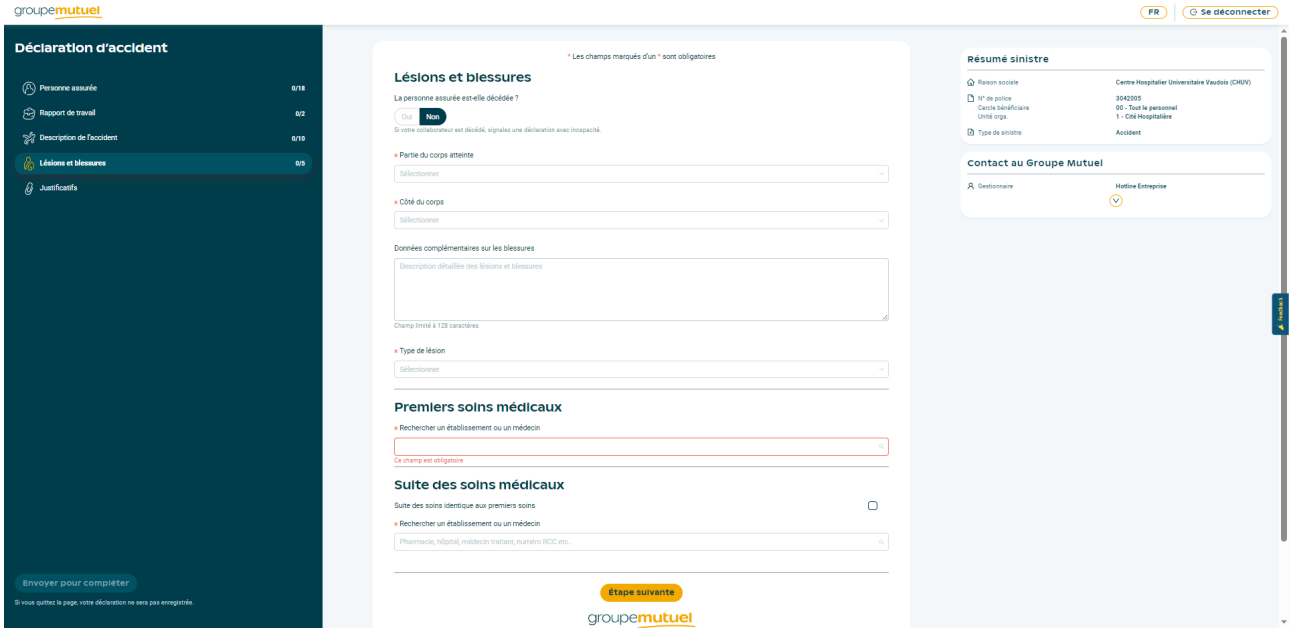


Passez sans autre à la section suivante en cliquant sur « Etape suivante » :

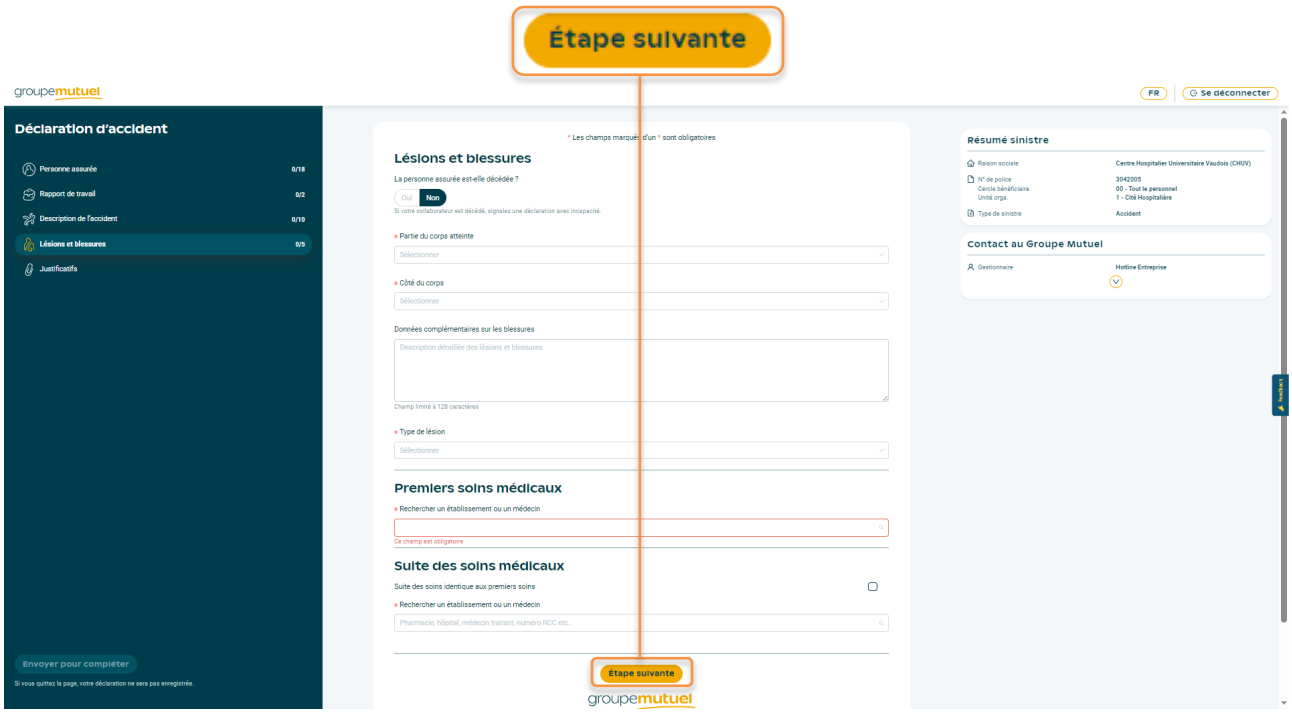


4/5 – Lésions et blessures (0/5)

Remplissez les champs obligatoires (*) de la section « Lésions et blessures » :

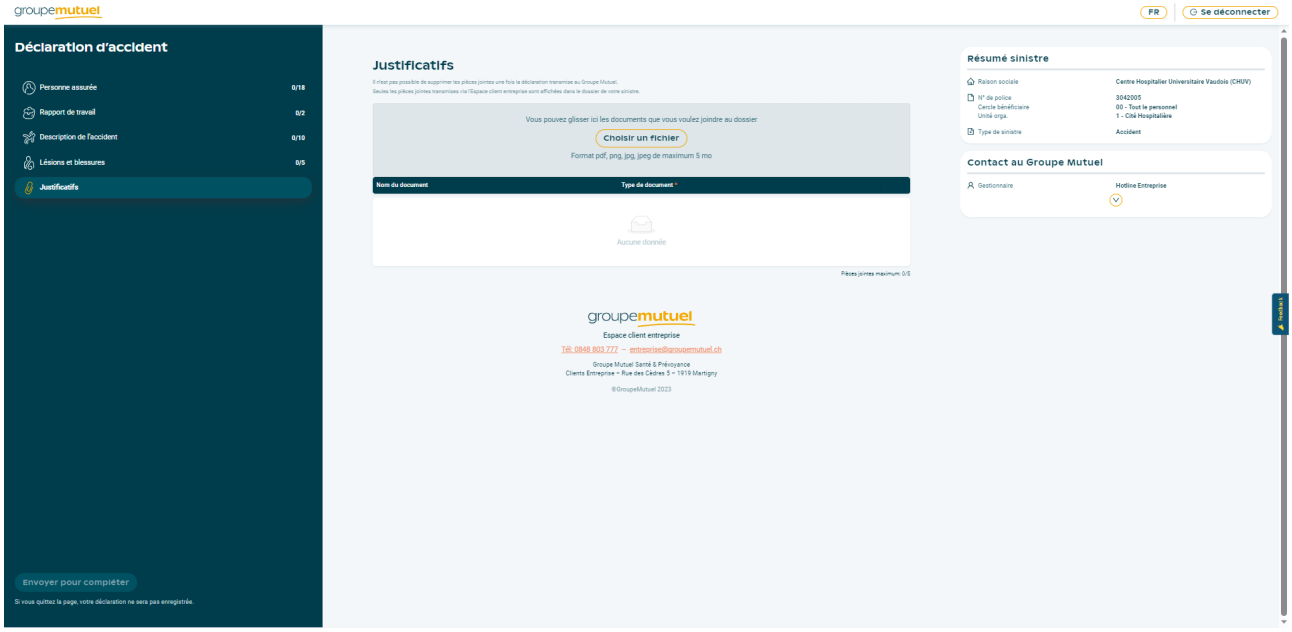


Passez sans autre à la section suivante en cliquant sur « Etape suivante » :



5/5 – Justificatifs

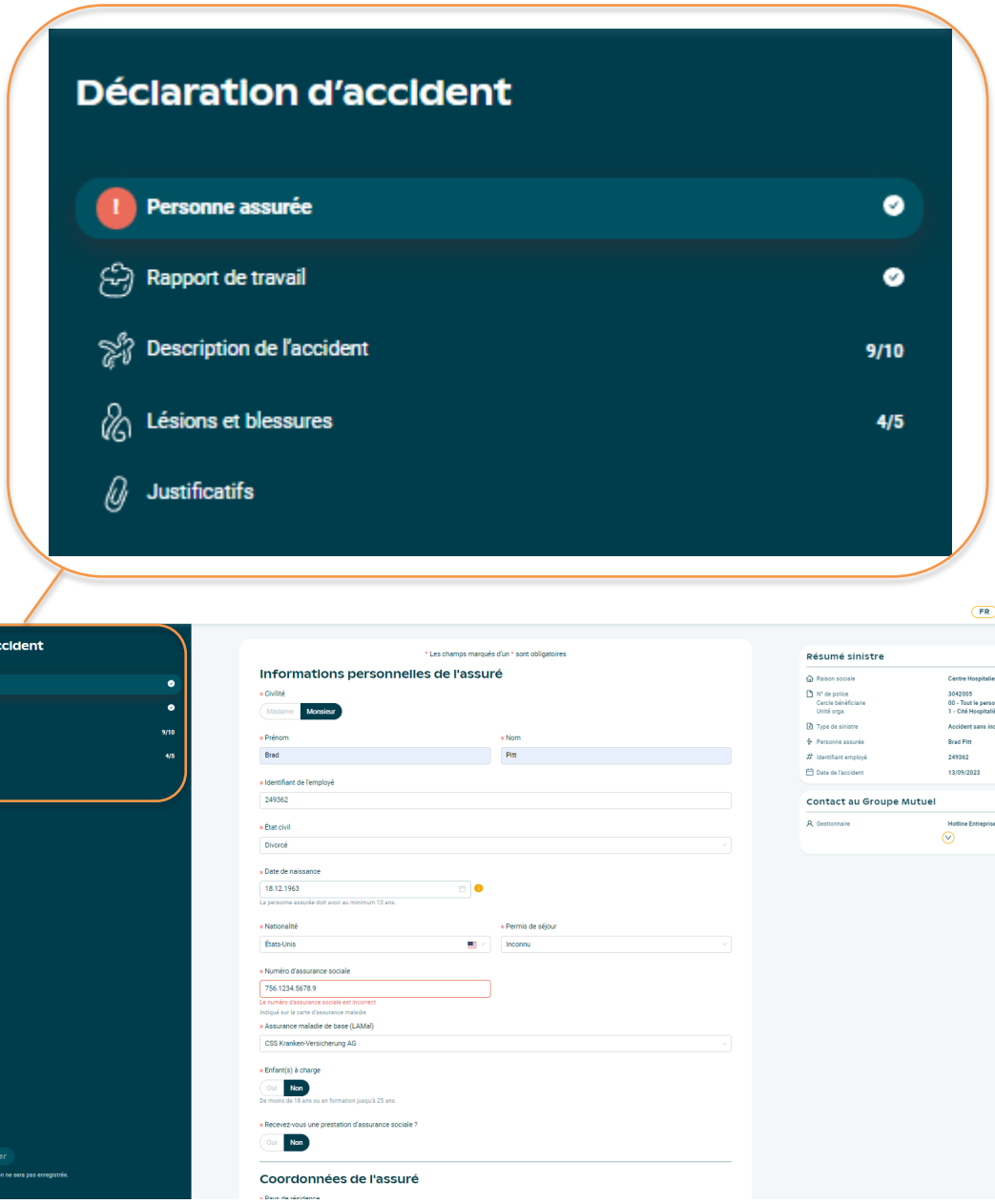
Vous disposez de justificatifs ? Joignez les donc sous la section « Justificatifs » :



Important : Il s'agit ici de la seule section facultative.

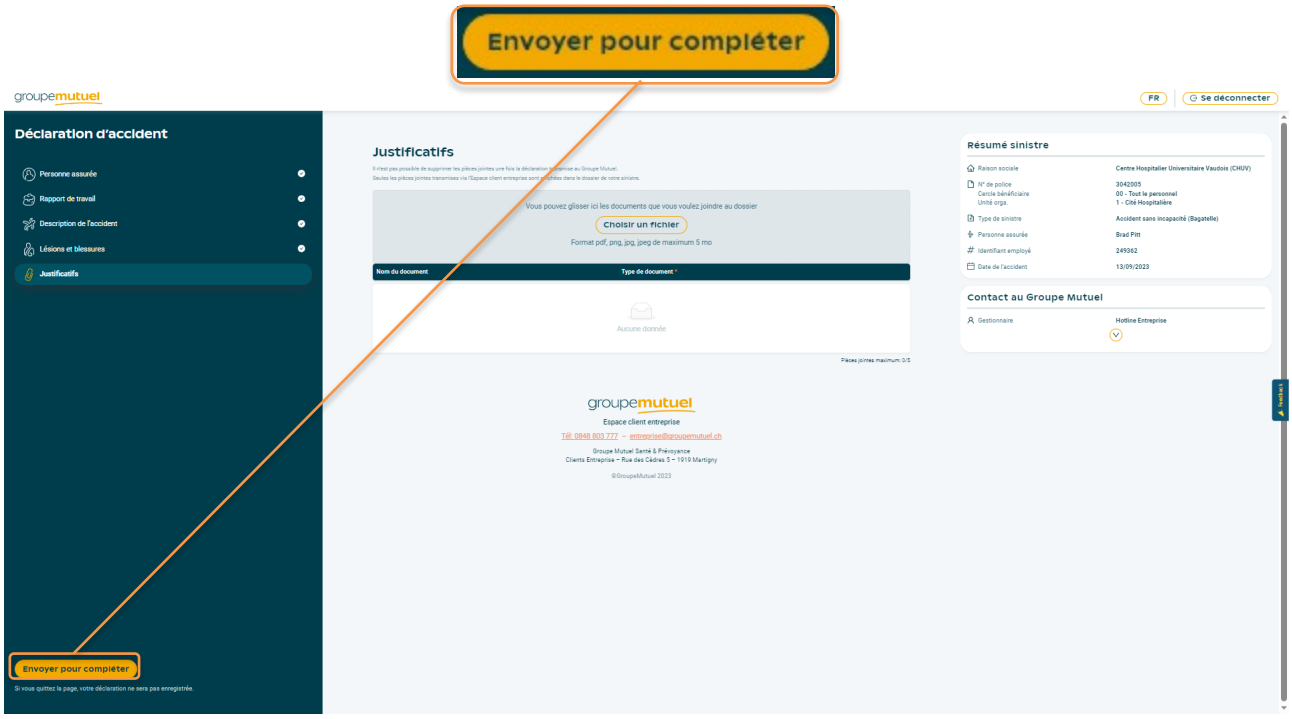
Erreur/oubli

Avez-vous commis une erreur ? Ou un oubli ? Pas de problème, les informations erronées ou manquantes vous sont notifiées avant que vous puissiez envoyer définitvement votre déclaration :



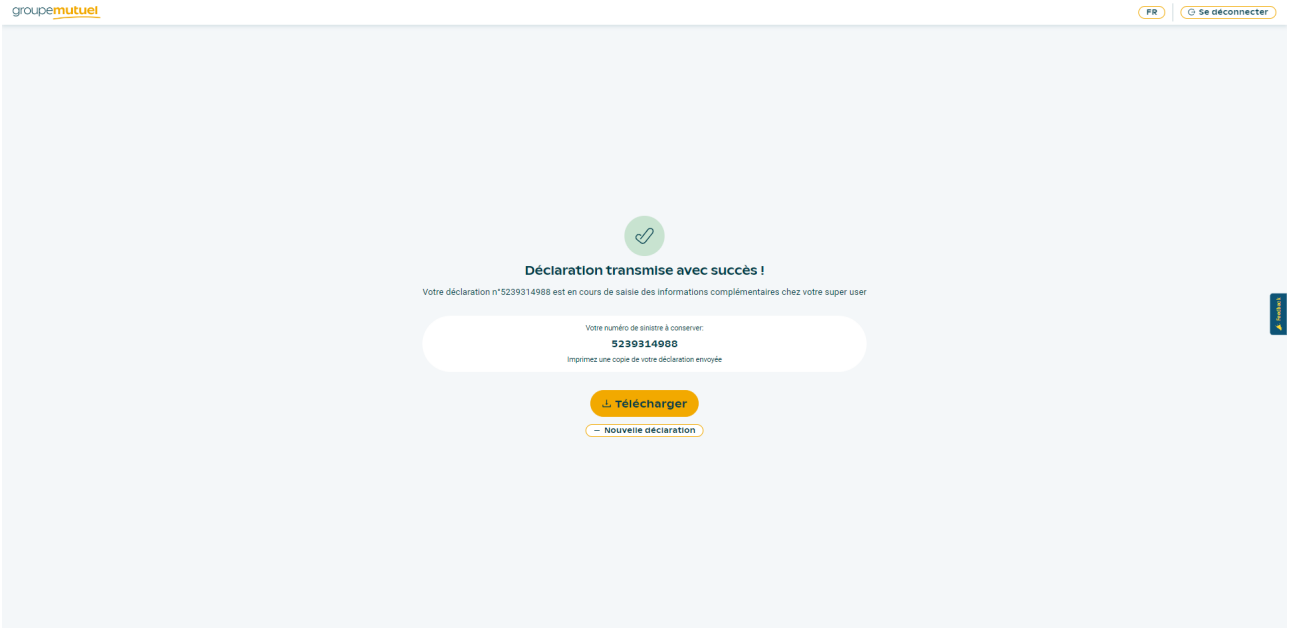
Envoyer pour compléter

Plus d'erreur ? Ni d'oubli ? Tant mieux, dans ce cas, vous pouvez cliquer sur le bouton « Envoyer pour compléter » pour envoyer définitvement votre déclaration :



5. Terminer la déclaration puis comment procéder ensuite

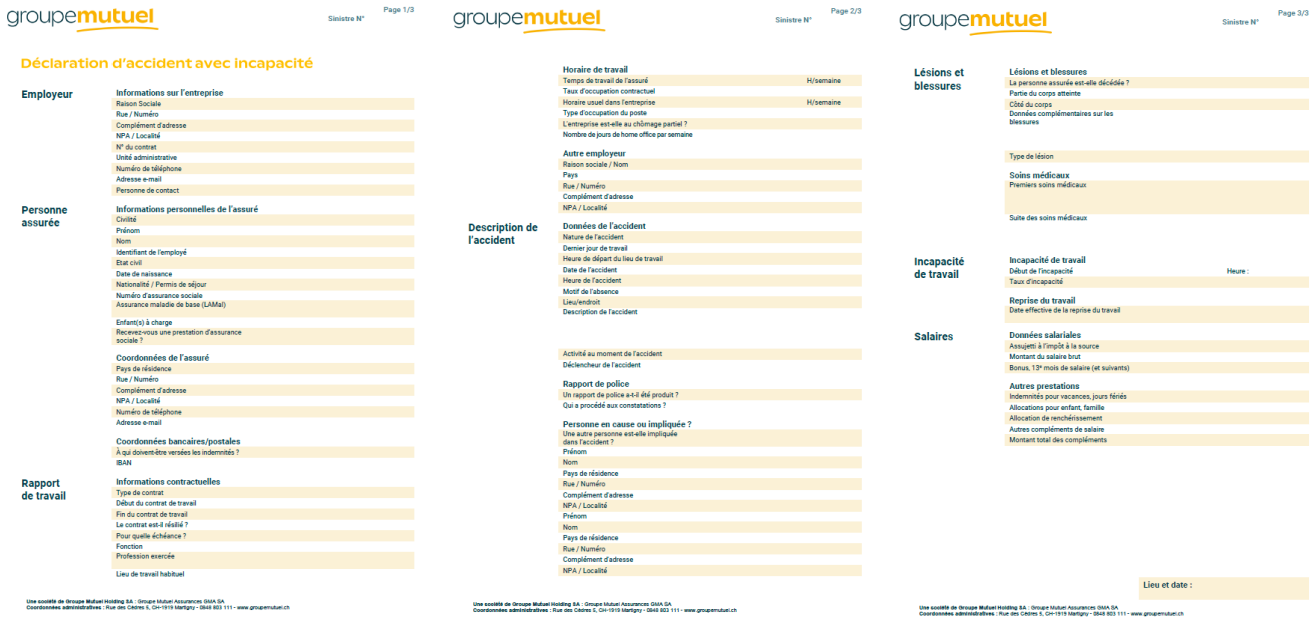
Un écran de confirmation apparaît lorsque la déclaration a été correctement transmise. Il est à ce stade vivement récommandé d'imprimer la déclaration.



Il est important de noter que lorsqu'une déclaration a été passée en statut « terminée », il n'est plus possible de la visualiser dans le programme ; une copie est adressée à votre **employeur**, une autre à l'**assureur** « Groupe Mutuel » et une troisième copie à votre attention en tant **qu'assuré** si l'adresse email est renseignée dans l'onglet « Blessé ».

Le courriel du Groupe Mutuel, que vous recevrez dans un délai de 30 à 45 minutes à l'adresse email précédemment indiquée, contient un PDF à utiliser pour faciliter la coordination entre les différents interlocuteurs.

Les **3 premières pages** du document sont mises **à votre disposition** mais également **à celle du CHUV** :



Déclaration d'accident avec incapacité

Employeur — Informations sur l'entreprise
Raison Sociale
Rue / Numéro
Complément d'adresse
NPA / Localité
N° du contrat
Unité administrative
Numéro de téléphone
Adresse e-mail
Personne de contact

Personne assurée — Informations personnelles de l'assuré
Civilité
Prénom
Nom
Identifiant de l'employé
Etat civil
Date de naissance
Nationalité / Permis de séjour
Numéro d'assurance sociale
Assurance maladie de base (LAMal)
Enfant(s) à charge
Recevez-vous une prestation d'assurance sociale ?
Coordonnées de l'assuré
Pays de résidence
Rue / Numéro
Complément d'adresse
NPA / Localité
Numéro de téléphone
Adresse e-mail
Coordonnées bancaires/postales
À qui doivent-être versées les indemnités ?
IBAN

Rapport de travail — Informations contractuelles
Type de contrat
Début du contrat de travail
Fin du contrat de travail
Le contrat est-il résilié ?
Pour quelle échéance ?
Fonction
Profession exercée
Lieu de travail habituel

Horaire de travail
Temps de travail de l'assuré — H/semaine
Taux d'occupation contractuel
Horaire usuel dans l'entreprise — H/semaine
Type d'occupation du poste
L'entreprise est-elle au chômage partiel ?
Nombre de jours de home office par semaine

Autre employeur
Raison sociale / Nom
Pays
Rue / Numéro
Complément d'adresse
NPA / Localité

Description de l'accident — Données de l'accident
Nature de l'accident
Dernier jour de travail
Heure de départ du lieu de travail
Date de l'accident
Heure de l'accident
Motif de l'absence
Lieu/endroit
Description de l'accident
Activité au moment de l'accident
Déclencheur de l'accident

Rapport de police
Un rapport de police a-t-il été produit ?
Qui a procédé aux constatations ?

Personne en cause ou impliquée ?
Une autre personne est-elle impliquée dans l'accident ?
Prénom
Nom
Pays de résidence
Rue / Numéro
Complément d'adresse
NPA / Localité
Prénom
Nom
Pays de résidence
Rue / Numéro
Complément d'adresse
NPA / Localité

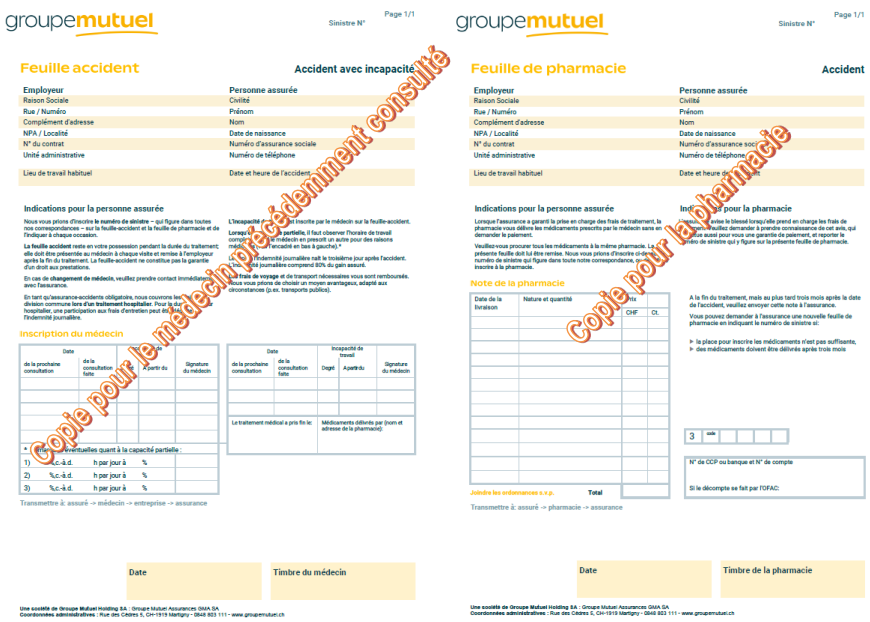
Lésions et blessures — Lésions et blessures
La personne assurée est-elle décédée ?
Partie du corps atteinte
Côté du corps
Données complémentaires sur les blessures
Type de lésion
Soins médicaux
Premiers soins médicaux
Suite des soins médicaux

Incapacité de travail — Incapacité de travail
Début de l'incapacité — Heure :
Taux d'incapacité
Reprise du travail
Date effective de la reprise du travail

Salaires — Données salariales
Assujetti à l'impôt à la source
Montant du salaire brut
Bonus, 13e mois de salaire (et suivants)
Autres prestations
Indemnités pour vacances, jours fériés
Allocations pour enfant, famille
Allocation de renchérissement
Autres compléments de salaire
Montant total des compléments

Lieu et date :

La **troisième page** est à transmettre au **médecin** ou à l'**établissement médical** précédemment consulté. La **quatrième page** est à transmettre à la **pharmacie** afin de ne pas payer les médicaments nécessaires pour le traitement des séquelles de votre accident :



Feuille accident — Accident avec incapacité

Employeur
Raison Sociale
Rue / Numéro
Complément d'adresse
NPA / Localité
N° du contrat
Unité administrative
Lieu de travail habituel

Personne assurée
Civilité
Prénom
Nom
Date de naissance
Numéro d'assurance sociale
Numéro de téléphone
Date et heure de l'accident

Indications pour la personne assurée

Inscription du médecin

Date de la prochaine consultation | Date de la consultation faite | Incapacité de travail 100% | à partir du | Signature du médecin

1) %-c.-à.d. h par jour à %
2) %-c.-à.d. h par jour à %
3) %-c.-à.d. h par jour à %

Transmettre à: assuré -> médecin -> entreprise -> assurance

Date | Timbre du médecin

Copie pour le médecin précédemment consulté

Feuille de pharmacie — Accident

Employeur
Raison Sociale
Rue / Numéro
Complément d'adresse
NPA / Localité
N° du contrat
Unité administrative
Lieu de travail habituel

Personne assurée
Civilité
Prénom
Nom
Date de naissance
Numéro d'assurance sociale
Numéro de téléphone
Date et heure de l'accident

Indications pour la personne assurée

Note de la pharmacie

Date de la livraison | Nature et quantité | Prix CHF | CL

Joindre les ordonnances s.v.p. — Total

Transmettre à: assuré -> pharmacie -> assurance

Date | Timbre de la pharmacie

Copie pour la pharmacie

Ces documents, qui doivent être complétés au fur et à mesure du traitement, ne vous **dispensent pas** de transmettre un certificat médical à votre hiérarchie en cas d'incapacité de travail (dès trois jours d'incapacité), et de continuer à la renseigner sur toute prolongation de celle-ci.

En cas de rechute et de nouvelle incapacité de travail liée à un ancien sinistre, vous devrez produire un nouveau certificat médical dès le 1er jour afin que l'assurance puisse octroyer ses prestations.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
Antenne de l'Administration RH

LU-VE : 07H00-15H00

BU21/03/210,
Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne

✆ 021 314 16 79

✉ arh.reception@chuv.ch

Groupe Mutuel
La vraie vie, avec assurance

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5
CH-1919 Martigny

Déclaration online - Manuel d'utilisation
Version : 11.2026

Le numéro de sinistre :

Le **numéro de sinistre** est renseigné automatiquement sur les formulaires



Attention, uniquement pour l'accident.

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
Antenne de l'Administration RH

LU-VE : 07H00-15H00

BU21/03/210,
Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne

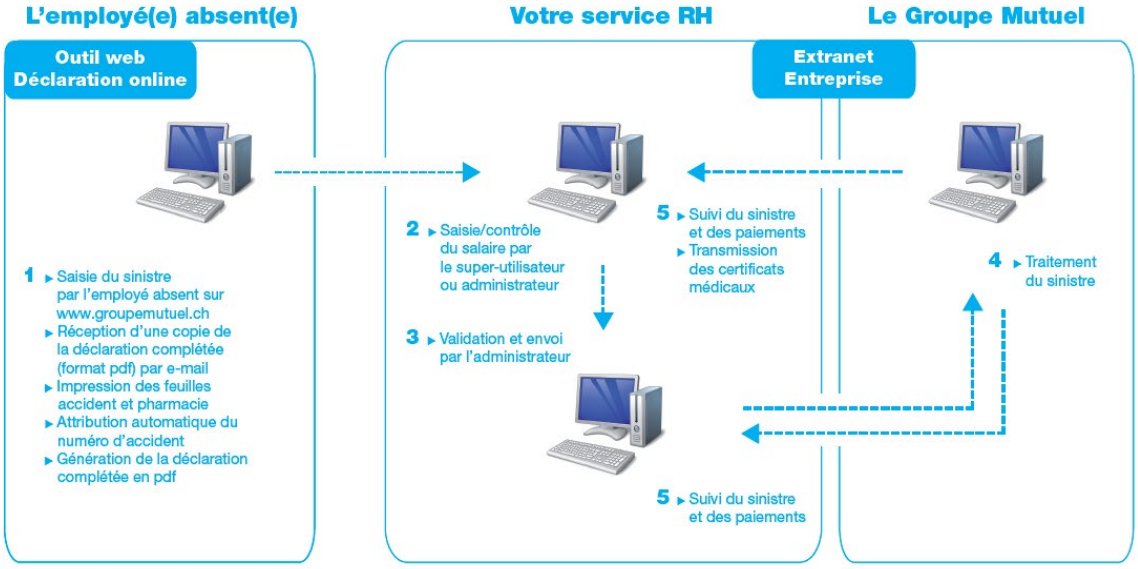
✆ 021 314 16 79

✉ arh.reception@chuv.ch

Groupe Mutuel
La vraie vie, avec assurance

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5
CH-1919 Martigny

Processus de traitement des annonces de cas et de leur suivi :



Vos notes

DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES
Antenne de l'Administration RH

LU-VE : 07H00-15H00

BU21/03/210,
Rue du Bugnon 21, 1011 Lausanne

✆ 021 314 16 79

✉ arh.reception@chuv.ch

Groupe Mutuel
La vraie vie, avec assurance

Groupe Mutuel
Rue des Cèdres 5
CH-1919 Martigny