

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA Domicile	Autre(s) employeur(s)	
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire		
Horaire de travail du blessé: heures par semaine _____			
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure:minute		
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue)		
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
8. Accident non prof.	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)?		
	Jusqu'à:	Motif de l'absence:	
9. Blessure	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée		
10. Adresses médecins	Type de lésion:		
	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	

Lieu et date

Timbre et signature

Indications pour l'employeur

Une déclaration d'accident-bagatelle doit être remplie lorsqu'il n'existe **pas d'incapacité de travail** ou lorsque celle-ci ne dure **pas plus de trois jours** (jour de l'accident et les deux jours suivants).

Exceptions: il convient d'utiliser un jeu de formules blanc en lieu et place de la présente déclaration d'accident-bagatelle en cas de

- maladie professionnelle,
- dommage dentaire, ou
- rechute.

Nous enverrons une formule de note d'honoraires aux médecins auxquels il aura été fait appel.

Pour toute demande de remboursement, prière de joindre les pièces justificatives et d'indiquer ci-dessous le numéro de CPP ou de compte bancaire de l'intéressé.

Déclaration d'accident-bagatelle LAA Double pour l'entreprise

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA Domicile	Autre(s) employeur(s)	
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire		
Horaire de travail du blessé: heures par semaine _____			
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année
	Heure:minute		
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue)		
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
8. Accident non prof.	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)?		
	Jusqu'à:	Motif de l'absence:	
9. Blessure	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée		
	Type de lésion:		
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)

Lieu et date

Timbre et signature

Feuille de pharmacie LAA

N° de sinistre

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS	
	Rue			
	NPA Domicile			
Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute

Indications pour le/la blessé/e

Les médicaments prescrits par le médecin vous sont délivrés sans frais par la pharmacie contre remise de la présente feuille. Veuillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie.

Indications pour le pharmacien

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'assurance.

- Vous pouvez nous demander une nouvelle feuille de pharmacie si
- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante,
 - des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
Joindre les ordonnances s.v.p.		Total	

Date: _____

Timbre de la pharmacie: _____

3	Code				
---	------	--	--	--	--

N° de compte postal ou banque et N° de compte

Si le décompte se fait par l'OFAC: 35-1