

Numéro de sinistre

**Déclaration d'accident-bagatelle LAA**

<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police		
	Place de travail habituelle de la pers.blessée (sect.d'entrepr.)				
<b>2. Blessé(e)</b>	Date de naissance		N° AVS (11 chiffres)		
Nom et prénom	Nationalité		Lieu d'origine		
Rue/N°	État civil		N° de tél.		
NPA/Lieu					
E-Mail					
C. postal ou bancaire					
Caisse-maladie					
<b>3. Engagement</b>	Activité prof. habituelle	Date d'engagement	assuré(e) à titre facultatif	qualifié(e) non qualifié(e)	semi-qual. apprenti(e)
<b>4. Date de l'accident</b>	Jour	Mois	Année	Heure, minute	
<b>5. Lieu de l'accident</b>	Où l'accident est-il survenu (lieu, endroit)?				
<b>6. Description de l'accident</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident				
<b>7. Accident non professionnel</b>	Quand la pers. blessée a-t-elle travaillé pour <b>la dernière fois</b> chez l'employeur <b>avant l'accident?</b> (jour, date, heure)				
<b>8. Blessure</b>	Partie du corps atteinte (gauche/droite)		Nature de la lésion		
<b>9. Adresse médecins</b>	Premiers soins par:		Suite du traitement par:		
<b>10. Horaire de travail du blessé/de la blessée</b>	Jours par semaine	Heures par semaine	Heures de travail hebdomadaires de l'entreprise	Occupation: irrégulière      chômage partiel	

Lieu et date

Timbre et signature

**Indications pour l'employeur**

Une déclaration d'accident-bagatelle doit être remplie lorsque la blessure n'entraîne **pas d'incapacité de travail**.

*Exceptions:* S'il s'agit - d'une maladie professionnelle  
- d'un dommage dentaire ou  
- d'une rechute

il faut utiliser la **déclaration d'accident LAA** en lieu et place de la présente déclaration d'accident-bagatelle.

S'il est fait appel à un **deuxième médecin**, nous lui enverrons une formule de note d'honoraires.

Va à: **Nationale Suisse Assurances**

Numéro de sinistre

**Déclaration d'accident-bagatelle LAA**

<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal		N° de tél.	N° de police	
	Place de travail habituelle de la pers.blessée (sect.d'entrepr.)				
<b>2. Blessé(e)</b>			Date de naissance	N° AVS (11 chiffres)	
Nom et prénom			Nationalité	Lieu d'origine	
Rue/N°			État civil	N° de tél.	
NPA/Lieu					
E-Mail					
C. postal ou bancaire					
Caisse-maladie					
<b>3. Engagement</b>	Activité prof. habituelle	Date d'engagement	assuré(e)	qualifié(e)	semi-qual.
			à titre facultatif	non qualifié(e)	apprenti(e)
<b>4. Date de l'accident</b>	Jour	Mois	Année	Heure, minute	
<b>5. Lieu de l'accident</b>	Où l'accident est-il survenu (lieu, endroit)?				
<b>6. Description de l'accident</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident				
<b>7. Accident non professionnel</b>	Quand la pers. blessée a-t-elle travaillé pour <b>la dernière fois</b> chez l'employeur <b>avant l'accident?</b> (jour, date, heure)				
<b>8. Blessure</b>	Partie du corps atteinte (gauche/droite)		Nature de la lésion		
<b>9. Adresse médecins</b>	Premiers soins par:		Suite du traitement par:		
<b>10. Horaire de travail du blessé/de la blessée</b>	Jours par semaine	Heures par semaine	Heures de travail hebdomadaires de l'entreprise	Occupation: irrégulière      chômage partiel	

Lieu et date

Timbre et signature

**Copie pour l'employeur**

**Déclaration d'accident-bagatelle LAA  
Feuille pour le médecin**

Numéro de sinistre

<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police
		Place de travail habituelle de la pers.blessée (sect.d'entrepr.)	
<b>2. Blessé(e)</b>		Date de naissance	N° AVS (11 chiffres)
Nom et prénom		Nationalité	Lieu d'origine
Rue/N°		État civil	N° de tél.
NPA/Lieu			
E-Mail			
C. postal ou bancaire			
Caisse-maladie			
<b>3. Engagement</b>	Activité prof. habituelle	Date d'engagement	assuré(e) qualifié(e) semi-qual. à titre facultatif non qualifié(e) apprenti(e)
<b>4. Date de l'accident</b>	Jour Mois	Année	Heure, minute
<b>5. Lieu de l'accident</b>	Où l'accident est-il survenu (lieu, endroit)?		
<b>6. Description de l'accident</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident		
<b>7. Accident non professionnel</b>	Quand la pers. blessée a-t-elle travaillé pour <b>la dernière fois</b> chez l'employeur <b>avant l'accident?</b> (jour, date, heure)		
<b>8. Blessure</b>	Partie du corps atteinte (gauche/droite)	Nature de la lésion	
<b>9. Adresse médecins</b>	Premiers soins par:	Suite du traitement par:	

**Inscriptions du médecin**

Partie du corps blessée et nature de la lésion

**Note d'honoraires**

A. Prestations selon tarif				B. Médicaments et matériel de pansement	
Date	Chiffre du tarif	Points	Ne pas remplir s.v.p.	Nature et quantité	Prix
Total				Total B	
Total A					
Total A + B					

En cas d'incapacité de travail de plus de **trois jours**, veuillez demander une formule «rapport médical initial LAA» à l'employeur. Dans ce cas, la feuille bagatelle doit être envoyée non remplie à la Nationale Suisse Assurances avec le rapport médical initial.

Date

Timbre et signature du médecin

Prière de joindre les radiographies

Total

x

Fr.

Total A

Total A + B

Compte postal ou banque et N° du compte bancaire

 Va à: **Premier médecin traitant ⇒ Nationale Suisse Assurances**

**Déclaration d'accident-bagatelle LAA  
Feuille de pharmacie**

Numéro de sinistre

<b>Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police
Place de travail habituelle de la pers.blessée (sect.d'entrepr.)			
<b>Blessé(e)</b>	Date de naissance	N° AVS (11 chiffres)	
Nom et prénom			
Rue/N°			
NPA/Lieu			
E-Mail			
C. postal ou bancaire			
Caisse-maladie			
<b>Date de l'accident</b>	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 la pharmacie**

A la fin du traitement - mais au plus tard 3 mois après la date de l'accident -, veuillez envoyer cette note à la Nationale Suisse Assurances. 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 3 mois.

**Note de la pharmacie**

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix
<b>Joindre les ordonnances s.v.p.</b>		<b>Total</b>

Date

Timbre de la pharmacie

Compte postal ou banque et N° du compte bancaire

Décompte par l'OFAC?

**Va à: Blessé(e) ⇒ Pharmacie ⇒ Nationale Suisse Assurances**