

Déclaration d'accident LAA

		Direction	N° de sinistre					
1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal		Tél.	N° de police				
	Poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)							
2. Blessé/Assuré	Nom et prénom		Date de naissance	N° d'AVS (11 chiffres)				
	Rue		Tél.	Lieu d'origine				
	NPA	Domicile	Etat civil	Nationalité				
3. Engagement	Date d'embauche	Activité professionnelle habituelle	<input type="checkbox"/> assuré volontaire	<input type="checkbox"/> qualifié	<input type="checkbox"/> semi-qualifié	<input type="checkbox"/> non qualifié <input type="checkbox"/> apprenti		
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute	BDA n° blessé			
5. Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu? (lieu, endroit)							
6. Description de l'accident	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, machines, objets, véhicules, produits impliqués							
7. Constatations	Qui a procédé aux constatations?		Nom des témoins		Ont-ils été entendus?			
	BDA n° <input type="text"/> Une enquête est-elle désirée? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non				<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
8. Accident non prof.	Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident? (jour, date, heure)							
9. Blessure	Partie du corps atteinte (gauche/droite)		Nature de la lésion					
10. Incapacité de travail	Travail interrompu à la suite de l'accident		Si oui, depuis quand? (date et heure)					
11. Adresses des médecins/hôpitaux ou cliniques	Premiers soins par:		Traitement consécutif par:					
	BDA n° <input type="text"/>		BDA n° <input type="text"/>					
12. Horaire de travail du blessé	Jours par semaine	Heures par semaine	Heures de travail hebdomadaires de l'entreprise	Occupation:				
				<input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel				
13. Salaire	En espèces	Salaire de base (brut)		CHF par	heure	jour	mois	année
		Allocation de renchérissement						
		A la tâche/commission						
		Allocation pour enfants/famille						
	Indemnités pour vacances/jours fériés % ou							
	Autres allocations (genre)							
	Gratification/13e salaire % ou							
	En nature	Genre						
Cas spéciaux	<input type="checkbox"/> Membre de la famille <input type="checkbox"/> Associé <input type="checkbox"/> Assuré volontaire <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Obligation d'imposition à la source		Autre employeur _____ Tarif _____					
14. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré a-t-il déjà droit à une indemnité journalière ou à une rente octroyée par: une assurance-maladie, une assurance-accident obligatoire, l'AVS/AI, l'assurance militaire, l'assurance chômage?							
	Dans l'affirmative, de quelle assurance s'agit-il? _____							
	Nom de l'assurance-maladie obligatoire _____							
Lieu et date	Signature de l'assuré/du blessé		Timbre et signature de l'employeur					

Feuille de pharmacie LAA

	Direction	N° de sinistre
1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	Tél.
		N° de police
	Poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé/ Assuré	Nom et prénom	Date de naissance
	Rue	N° d'AVS (11 chiffres)
	NPA Domicile	
4. Date de l'accident		
	Jour	Mois
	Année	Heure, minute

Indications pour le blessé

Lorsque l'assurance a garanti la prise en charge des frais de traitement, la pharmacie vous délivre les médicaments prescrits par le médecin sans en demander le paiement. Veuillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie. La présente feuille doit lui être remise. Nous vous prions d'inscrire ci-dessus le numéro de sinistre qui figure dans toute notre correspondance ou de le faire inscrire par la pharmacie.

Indications pour le pharmacien

L'assurance avise le blessé lorsqu'elle prend en charge les frais de traitement. Veuillez demander à prendre connaissance de cet avis - qui constitue aussi pour vous une garantie de paiement - et reporter le numéro de sinistre qui y figure sur la feuille de pharmacie.

Note de pharmacie

Date de remise des médicaments	Nature et quantité	Prix	
		Fr.	Ct.
Joindre les ordonnances s.v.p. Total			

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

Vous pouvez demander à l'assurance une nouvelle feuille de pharmacie en indiquant le numéro de sinistre si

- l'espace pour inscrire les médicaments n'est pas suffisant
- après une période de 3 mois, d'autres médicaments sont nécessités

Date _____

Timbre de la pharmacie _____

BDA N° _____

