

## Déclaration d'accident-bagatelle LAA

		Direction	N° de sinistre
<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec n° postal		Tél.
			N° de police
	Poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)		
<b>2. Blessé/Assuré</b>	Nom et prénom		Date de naissance
	Rue		Tél.
	NPA	Domicile	Nationalité
<b>3. Engagement</b>	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
<b>4. Date de l'accident</b>	Jour	Mois	Année
	Heure, minute		BDA n° blessé
<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 impliqués		
<b>7. Accident non prof.</b>	Quand le blessé a-t-il 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. Adresses des médecins/hôpitaux ou cliniques</b>	Premiers soins par:		Suite du traitement par:
	BDA n°		BDA n°
<b>10. Horaires de travail du blessé</b>	Jours par semaine	Heures par semaine	Heures de travail hebdomadaires de l'entreprise
			Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel
La personne soussignée autorise la Winterthur à consulter le dossier médical et les documents officiels. En outre, elle consent à ce que la Winterthur transmette les données nécessaires à la liquidation du sinistre à des tiers, notamment aux assureurs cointéressés, et qu'elle se procure tout renseignement utile auprès de ceux-ci.			
Lieu et date	Signature du blessé/de l'assuré		Timbre et signature de l'employeur

### Indications pour l'employeur

Une déclaration d'accident-bagatelle doit être remplie lorsque la blessure n'entraîne **pas d'incapacité de travail** ou si l'incapacité de travail est de **3 jours civils au maximum** (jour de l'accident plus les 2 jours suivants).

Exceptions:

S'il s'agit - d'une maladie professionnelle  
- d'une rechute

il faut utiliser un jeu de formulaires "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 un formulaire de note d'honoraires.

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

	Direction	N° de sinistre
<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec n° postal	Tél.
		N° de police
	Poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)	
<b>2. Blessé/Assuré</b>	Nom et prénom	Date de naissance
	Rue	N° d'AVS (11 chiffres)
	NPA Domicile	Tél.
		Lieu d'origine
		Etat civil
		Nationalité
<b>3. Engagement</b>	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
<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 impliqués	
<b>7. Accident non prof.</b>	Quand le blessé a-t-il 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. Adresses des médecins/hôpitaux ou cliniques</b>	Premiers soins par:	Traitement consécutif par:

**Annotations du médecin** Partie du corps blessée et nature de la lésion

**Note d'honoraires**

A. Prestations selon tarif				B. Médicaments et pansements		
Date	Code du tarif	Points	Ne pas remplir s.v.p.	Nature et quantité	Prix CHF	Ct.
<b>Total</b>				x	<b>Total B</b>	
<b>Total</b>				x	<b>Total A</b>	
<b>Total</b>				x	<b>Total A + B</b>	

En cas d'incapacité de travail, prière de demander un formulaire «Certificat médical» à l'employeur. Dans ce cas, la feuille bagatelle doit être envoyée non remplie à l'assurance avec le certificat médical.

Date \_\_\_\_\_

Timbre et signature du médecin \_\_\_\_\_

Valeur du point	
CHF	Ct.

Joindre les radiographies s.v.p.

BDA N°

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

		Direction	N° de sinistre
<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec n° postal	Tél.	N° de police
		Poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)	
<b>2. Blessé/Assuré</b>	Nom et prénom	Date de naissance	N° d'AVS (11 chiffres)
	Rue		
	NPA                      Domicile		

**4. Date de l'accident**    Jour    Mois                      Année                      Heure, minute

**Indications pour le blessé**

Les médicaments prescrits par le médecin vous sont délivrés gratuitement 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 Direction compétente. Vous pouvez nous demander une nouvelle feuille de pharmacie si  
 - l'espace pour inscrire les médicaments n'est pas suffisant  
 - après une période de 3 mois, d'autres médicaments sont nécessités

**Note de la pharmacie**

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

Date \_\_\_\_\_

Timbre de la pharmacie \_\_\_\_\_

BDA n°