

Déclaration d'accident – bagatelle LAA

N° de sinistre			
1. Employeur		Tél.:	N° de police:
		Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:
	Rue:	Etat civil:	Pays de résidence:
	NPA:	Nationalité:	Type de permis de séjour:
	Domicile:	Tél. du blessé:	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans enfant(s) <input type="checkbox"/> aucun
3. Engagement	Date d'engagement:	Profession exercée:	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur		<input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire
	Rapport de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée > date de fin de contrat:		<input type="checkbox"/> contrat de travail résilié > date de résiliation:
	Horaire de travail du blessé: heures par semaine		Taux d'occupation contractuel: %
	Horaire usuel de travail à temps complet dans l'entreprise: heures par semaine	Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel	
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):		<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident:		
7. Constatations	Qui a procédé aux constatations?	Coordonnées des témoins?	Ont-ils été entendus?
	Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1. 2.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
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
	Données complémentaires:		
	Type de lésion:		
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):	
11. Autres employeurs	<input type="checkbox"/> oui, Nom/adresse: <input type="checkbox"/> non	Caisse maladie:	
12. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré a-t-il le droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale ou privée? <input type="checkbox"/> Si oui, de laquelle? <input type="checkbox"/> Non	CCP ou compte bancaire de la personne blessée (remboursement des factures de soins):	

Transmettre à: assurance susmentionnée

Lieu et date :

Signature et timbre :

Déclaration d'accident – bagatelle LAA

Double pour l'employeur

N° de sinistre			
1. Employeur		Tél.:	N° de police:
		Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:
	Rue:	Etat civil:	
	NPA:	Nationalité:	Pays de résidence:
	Domicile:	Tél. du blessé:	Type de permis de séjour:
3. Engagement	Date d'engagement:	Email:	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans <input type="checkbox"/> enfant(s) <input type="checkbox"/> aucun
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur	Profession exercée:	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé
	Rapport de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée > date de fin de contrat:		<input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source
		<input type="checkbox"/> contrat de travail résilié > date de résiliation:	
	Horaire de travail du blessé: heures par semaine		Taux d'occupation contractuel: %
	Horaire usuel de travail à temps complet dans l'entreprise: heures par semaine	Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel	
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):		<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident:		
7. Constatations	Qui a procédé aux constatations?	Coordonnées des témoins?	Ont-ils été entendus?
	Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	1. 2.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
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
	Données complémentaires:		
	Type de lésion:		
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):	
11. Autres employeurs	<input type="checkbox"/> oui, Nom/adresse: <input type="checkbox"/> non	Caisse maladie:	
12. Autres prestations d'assurances sociales	L'assuré a-t-il le droit à une indemnité journalière ou à une rente d'une assurance sociale ou privée? <input type="checkbox"/> Si oui, de laquelle? <input type="checkbox"/> Non	CCP ou compte bancaire de la personne blessée (remboursement des factures de soins):	

Feuille pour le médecin

N° de sinistre			
1. Employeur	Tél.:	N° de police:	
	Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:	
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:
	Rue:	Etat civil:	Pays de résidence:
	NPA:	Nationalité:	Type de permis de séjour:
	Domicile:	Tél. du blessé:	Enfants de moins de 18 ans ou en formation jusqu'à 25 ans <input type="checkbox"/> enfant(s) <input type="checkbox"/> aucun
3. Engagement	Date d'engagement :	Profession exercée :	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire		
	Rapport de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée > date de fin de contrat: <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié > date de résiliation:		
	Horaire de travail du blessé: heures par semaine	Taux d'occupation contractuel:	%
	Horaires usuels de travail à temps complet dans l'entreprise: heures par semaine		
	Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel		
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):	<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger	
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident:		
7. 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:		
8. Blessure	Partie du corps atteinte: Données complémentaires: Type de lésion:	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée	
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):	

Indications médicales: Partie du corps atteinte et nature de la lésion :

Note d'honoraires du médecin

A. Prestations selon tarif			B. Médicaments et bandages	
Date	Chif. Tarif	Points	Nature et quantité	Prix
Total				Total B
			Valeur du Point-taxe	
			CHF	Total A
				Total A+B

Veillez joindre les radiographies

Traitement terminé

- Oui
 Non, probablement dans _____ semaines

Date :

Timbre du médecin :

N° de CCP ou banque avec n° de compte

Transmettre à: premier médecin traitant -> assurance

Feuille de pharmacie LAA

N° de sinistre			
1. Employeur		Tél.:	N° de police:
		Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:
2. Blessé	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:
	Rue:		
	NPA:		
	Domicile:		
3. 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.

Veillez 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 à 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 présente feuille de pharmacie.

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
Total			

Joindre les ordonnances s.v.p.

Transmettre à: assuré -> pharmacie -> assurance

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

- ▶ la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante,
- ▶ des médicaments doivent être délivrés après trois mois

3	code				
----------	------	--	--	--	--

N° de CCP ou banque et N° de compte
Si le décompte se fait par l'OFAC:

Date :

Timbre de la pharmacie :