

## Déclaration d'accident- bagatelle LAA

N° de sinistre
----------------

<b>Assureur-Accidents:</b> <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA			
<b>1. Employeur</b>	N° tél.		N° de police
	Place de travail habituelle du blessé (secteur/Unité Administrative)		
<b>2. Blessé</b>	Nom et prénom:	Date de naissance:	N° AVS (13 chiffres)
	Rue:	Etat civil:	Nationalité:
	NPA: Domicile:	N° tél. du blessé: Email:	Profession exercée:
<b>3. Engagement</b>	Date d'engagement:	Autres(s) employeur: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire	Nom et adresse: _____	
	Horaire de travail du blessé/é: _____ heures par semaine		
<b>4. Date de l'accident</b>	Jour/Mois/Année		Heure/minute
<b>5. Lieu de l'accident</b>	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue):		
<b>6. Faits (description de l'accident)</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident: _____ _____ _____		
<b>7. Accident non prof.</b>	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour <b>la dernière fois</b> dans l'entreprise <b>avant l'accident</b> (jour, date, heure) ?		
	Jusqu'à:	Motif de l'absence:	
<b>8. Blessure</b>	Partie du corps atteinte:	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée	
	Type de lésion:		
<b>9. Adresses médecins</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):		suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):
	_____		_____
<b>10. Caisse-maladie</b>			

Lieu et date:

Timbre et signature:

\_\_\_\_\_

Pour toute demande de remboursement, prière de joindre les pièces justificatives et d'indiquer ci-dessous le n° de CCP ou de cpte bancaire de l'intéressé

\_\_\_\_\_

Transmettre à: assurance susmentionnée

## Déclaration d'accident- bagatelle LAA

Double pour l'employeur

N° de sinistre
----------------

<b>Assureur-Accidents:</b> <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA			
<b>1. Employeur</b>		N° tél.	N° de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur/Unité Administrative)	
<b>2. Blessé</b>	Nom et prénom:	Date de naissance:	N° AVS (13 chiffres)
	Rue:	Etat civil:	Nationalité:
	NPA: Domicile:	N° tél. du blessé: Email:	Profession exercée:
<b>3. Engagement</b>	Date d'engagement:	Autres(s) employeur: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire	Nom et adresse: _____	
	Horaire de travail du blessé/é: _____ heures par semaine		
<b>4. Date de l'accident</b>	Jour/Mois/Année		Heure/minute
<b>5. Lieu de l'accident</b>	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue):		
<b>6. Faits (description de l'accident)</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident: _____ _____ _____		
<b>7. Accident non prof.</b>	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour <b>la dernière fois</b> dans l'entreprise <b>avant l'accident</b> (jour, date, heure) ? Jusqu'à: _____ Motif de l'absence: _____		
<b>8. Blessure</b>	Partie du corps atteinte:	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée	
	Type de lésion: _____		
<b>9. Adresses médecins</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique): _____		suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique): _____
<b>10. Caisse-maladie</b>			

Lieu et date:

Timbre et signature:

\_\_\_\_\_

## Feuille pour le médecin

N° de sinistre

<b>Assureur-Accidents:</b> <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA			
<b>Employeur</b>		N° tél.	N° de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur/Unité Administrative)	
<b>Blessé</b>	Nom et prénom:	Date de naissance:	N° AVS (13 chiffres)
	Rue:	Etat civil:	Nationalité:
	NPA: Domicile:	N° tél. du blessé: Email:	Profession exercée:
<b>Engagement</b>	Date d'engagement:	Autres(s) employeur: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire	Nom et adresse: _____	
	Horaire de travail du blessé/é: _____ heures par semaine		
<b>Date de l'accident</b>	Jour/Mois/Année		Heure/minute
<b>Lieu de l'accident</b>	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue):		
<b>Faits (description de l'accident)</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident: _____		
<b>Accident non prof.</b>	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour <b>la dernière fois</b> dans l'entreprise <b>avant l'accident</b> (jour, date, heure) ? Jusqu'à: _____ Motif de l'absence: _____		
<b>Blessure</b>	Partie du corps atteinte:	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée	
	Type de lésion: _____		
<b>Adresses médecins</b>	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			Valeur du Point-taxe	Total B
Total			CHF	Total A
Total				<b>Total A+B</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

<b>Assureur-Accidents:</b> <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA			
<b>Employeur</b>		N° tél.	N° de police
Place de travail habituelle du blessé (secteur/Unité Administrative)			
<b>Blessé</b>	Nom et prénom:	Date de naissance:	N° AVS (13 chiffres)
	Rue:		
	NPA: Domicile:		
<b>Date de l'accident</b>	Jour/Mois/Année		Heure/minute
<b>Blessure</b>	Partie du corps atteinte:	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée	
	Type de lésion:		
<b>Adresses médecins</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):		suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):
	_____		_____

### 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 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

### Note de la pharmacie

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

Date: \_\_\_\_\_

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

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

N° de CCP ou banque et N° de compte

Si le décompte se fait par l'OFAC:

Transmettre à: assuré-> pharmacie-> assurance