

## Déclaration d'accident – bagatelle LAA

<b>N° de sinistre</b>			
<b>1. Employeur</b>		Tél.:	N° de police:
		Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:
<b>2. Blessé</b>	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
<b>3. Engagement</b>	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	
<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):		<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger
<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. Constatations</b>	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
<b>8. 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>9. Blessure</b>	Partie du corps atteinte:		<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée
	Données complémentaires:		
	Type de lésion:		
<b>10. Adresses médecins</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):	
<b>11. Autres employeurs</b>	<input type="checkbox"/> oui, Nom/adresse: <input type="checkbox"/> non	<b>Caisse maladie:</b>	
<b>12. Autres prestations d'assurances sociales</b>	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	<b>CCP ou compte bancaire de la personne blessée (remboursement des factures de soins):</b>	

Transmettre à: assurance susmentionnée

Lieu et date :

Signature et timbre :

## Déclaration d'accident – bagatelle LAA

### Double pour l'employeur

<b>N° de sinistre</b>			
<b>1. Employeur</b>		Tél.:	N° de police:
		Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:
<b>2. Blessé</b>	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:
<b>3. Engagement</b>	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:	
	Horaires 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	
<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):		<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger
<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. Constatations</b>	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
<b>8. 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>9. Blessure</b>	Partie du corps atteinte:	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée	
	Données complémentaires:		
	Type de lésion:		
<b>10. Adresses médecins</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique):	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique):	
<b>11. Autres employeurs</b>	<input type="checkbox"/> oui, Nom/adresse: <input type="checkbox"/> non	<b>Caisse maladie:</b>	
<b>12. Autres prestations d'assurances sociales</b>	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	<b>CCP ou compte bancaire de la personne blessée (remboursement des factures de soins):</b>	

## Feuille pour le médecin

<b>N° de sinistre</b>			
<b>1. Employeur</b>	Tél.:	N° de police:	
	Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:	
<b>2. Blessé</b>	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
<b>3. Engagement</b>	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		
<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):	<input type="checkbox"/> En Suisse <input type="checkbox"/> A l'étranger	
<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: Données complémentaires: Type de lésion:	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée	
<b>10. 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			X	Valeur du Point-taxe
			X	CHF
			Total B	
			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

<b>N° de sinistre</b>			
<b>1. Employeur</b>		Tél.:	N° de police:
		Place de travail habituelle du blessé:	Unité Administrative:
<b>2. Blessé</b>	Nom et prénom: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance:	N° assurance sociale:
	Rue:		
	NPA:		
	Domicile:		
<b>3. Date de l'accident</b>	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.
<b>Joindre les ordonnances s.v.p.</b>			<b>Total</b>

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

<b>3</b>	code				
----------	------	--	--	--	--

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

Transmettre à: assuré -> pharmacie -> assurance

Date :

Timbre de la pharmacie :