

Déclaration d'accident - bagatelle LAA

N° de sinistre

Assureur-Accidents: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA			
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"/> Assujéti 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. _____ <input type="checkbox"/> oui 2. _____ <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):

Lieu et date:

Timbre et signature:

Transmettre à: assurance susmentionnée

Déclaration d'accident - bagatelle LAA

Double pour l'employeur

N° de sinistre

Assureur-Accidents: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA			
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):

Feuille pour le médecin

N° de sinistre

Assureur-Accidents: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA		
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:
	Rue:	Etat civil:
	NPA:	Nationalité:
	Domicile:	Tél. du blessé:
		Email:
3. Engagement	Date d'engagement:	Profession exercée:
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire	<input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt à la source
	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. 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) ?	
8. Blessure	Jusqu'à: _____	Motif de l'absence: _____
	Partie du corps atteinte: _____	<input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée
	Données complémentaires: _____	
	Type de lésion: _____	
9. 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			Valeur du Point-taxe	Total B
Total			CHF	Total A
Total			X	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

Assureur-Accidents: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA			
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:
	Rue:		N° assurance sociale:
	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.
Joindre les ordonnances s.v.p.		Total	

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

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