

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

N° de sinistre	N° de sinistre vieux
----------------	----------------------

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police
			Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA Domicile	Autre(s) employeur(s)	
Compte bancaire et N° de clearing ou CCP		Nom de l'assurance maladie obligatoire (y compris N° de membre)	
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 Horaire de travail du blessé: heures par semaine		
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)		
6. Faits (description détaillée de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
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	
		Type de lésion:	
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	

Lieu et date

Timbre et signature

Indications pour l'employeur

Une déclaration d'accident-bagatelle doit être remplie lorsqu'il n'existe pas d'incapacité de travail ou lorsque celle-ci ne dure pas plus de trois jours (jour de l'accident et les deux jours suivants).

Exceptions: il convient d'utiliser un jeu de formules blanc en lieu et place de la présente déclaration d'accident-bagatelle en cas de

- maladie professionnelle,
- dommage dentaire, ou
- rechute.

Nous enverrons une formule de note d'honoraires aux médecins auxquels il aura été fait appel.

Pour toute demande de remboursement, prière de joindre les pièces justificatives et d'indiquer ci-dessous le numéro de CCP ou de compte bancaire et le N° de clearing de l'intéressé.

N° de sinistre	N° de sinistre vieux
----------------	----------------------

1. Employeur	Nom et adresse avec N ° postal	N° de tél.	N° de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA Domicile	Autre(s) employeur(s)	
	Compte bancaire et N ° de clearing ou CCP	Nom de l'assurance maladie obligatoire (y compris N ° de membre)	
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 Horaire de travail du blessé: heures par semaine		
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)		
6. Faits (description détaillée de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
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 Type de lésion:		
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	

Lieu et date

Timbre et signature

Certificat médical LAA

N° de sinistre	N° de sinistre vieux
----------------	----------------------

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA Domicile	Autre(s) employeur(s)	
	Compte bancaire et N° de clearing ou CCP	Nom de l'assurance maladie obligatoire (y compris N° de membre)	
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		
Horaire de travail du blessé: heures par semaine			
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)		
6. Faits (description détaillée de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
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	
Type de lésion:			
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	

Indications de médecine

Partie du corps atteinte et nature de l'atteinte

Note d'honoraires du médecin

A. Prestations selon tarif			B. Médicaments et bandages	
Date	Chiff. tarif	Points	Nature et quantité	Prix
Total			Total B	
Total			Total A	
Total			Total A + B	

Veuillez joindre les radiographies

Valeur du point-taxe

X CHF

S'il y a une incapacité de travail, nous vous prions d'exiger de l'employeur une formule "Certificat médical". Le cas échéant, il y a lieu d'envoyer le certificat médical LAA non rempli à l'assurance, avec le certificat initial.

Date

Timbre et signature du médecin

N° de compte postal ou banque, N° de clearing et N° de compte

Feuille de pharmacie LAA

N° de sinistre	N° de sinistre vieux
----------------	----------------------

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° de police	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS	
	Rue			
	NPA Domicile			
Compte bancaire et N° de clearing ou CCP		Nom de l'assurance maladie obligatoire (y compris N° de membre)		
Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute

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 nous demander une nouvelle feuille de pharmacie si
- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante,
 - des médicaments doivent être délivrés après trois mois.

Blessure	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée
	Type de lésion: _____
Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique) _____
	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique) _____

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
Joindre les ordonnances s.v.p.		Total	

Date: _____

Timbre de la pharmacie: _____

3	Code				
---	------	--	--	--	--

N° de compte postal ou banque, N° de clearing et N° de compte
Si le décompte se fait par l'OFAC: 35-1