



Numéro d'accident

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° AVS ou NSS employeur
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé/e	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS ou NSS blessé/e
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA Domicile	Autres(s) employeur(s)	
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/e/travailleur/se <input type="checkbox"/> apprenti/e <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 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. Adresse 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 3 jours** (jour de l'accident et les 2 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.

Va à: formule verte → assurance
formule jaune → double pour votre dossier
formule rose → premier médecin-traitant → assurance
formule bleue → blessé → pharmacie → assurance



Déclaration d'accident-bagatelle LAA Double pour l'employeur (entreprise)

Numéro d'accident

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° AVS ou NSS employeur
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé/e	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS ou NSS blessé/e
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA Domicile	Autres(s) employeur(s)	
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/e/travailleur/se <input type="checkbox"/> apprenti/e <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 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. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	

Lieu et date

Timbre et signature

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

Feuille pour le médecin

Numéro d'accident	
-------------------	--

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° AVS ou NSS employeur	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé/e	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS ou NSS blessé/e	
	Rue	Etat civil	Nationalité	
	NPA Domicile	Autres(s) employeur(s)		
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée		
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/e/travailleur/se <input type="checkbox"/> apprenti/e <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 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. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	

Indications du médecin

Partie du corps atteinte et nature de l'atteinte

Note d'honoraires du médecin

A. Prestations selon tarif			B. Médicaments et bandages	
Date	Chif. tarif	Points	Nature et quantité	Prix
Veillez joindre les radiographies			<div> <div>Valeur du point-taxe</div> <div>CHF</div> </div>	<div>Total B</div>
				<div>Total A</div>
				<div>Total A + B</div>

S'il y a une incapacité de travail, nous vous prions d'exiger de l'employeur une formule «Certificat médical initial LAA». Le cas échéant, il y a lieu d'envoyer la feuille pour le médecin non remplie à l'assurance, avec le document en question.

Date _____

Timbre et signature du médecin

N° de cpte postal ou banque et N° de compte

Va à: premier médecin-traitant → assurance



Déclaration d'accident-bagatelle LAA Feuille de pharmacie

Numéro d'accident

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° AVS ou NSS employeur
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS ou NSS blessé
	Rue		
	NPA Domicile		
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 3 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 3 mois.

Blessure	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée Type de lésion:
Adresse 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.

Date:

Timbre de la pharmacie:

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

Décompte par l'OFAC

Joindre les ordonnances s.v.p.

Total

Va à: assuré → pharmacie → assurance