

| |
|--|
| |
|--|

| | | | | |
|--------------------------------------|--|---|--|--|
| 1. Employeur | Nom | | No de sinistre | |
| | Adresse | | No de contrat | |
| | No postal / localité | | No de téléphone | |
| | Mail | | No de fax | |
| 2. Blessé | Nom, prénom | | Etat civil | |
| | Adresse | | Enfants de moins de 18 ans ou 25 ans en format heures hebdo | Nombre |
| | No post. / localité | | No AVS | |
| | Date de naissance | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Nationalité | |
| | Téléphone / Natel | | Permis (A,B,C,F,G,L,N) | |
| | Mail | | Soumis impôt à la source | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| | CCP / Banque - compte | | Caisse maladie | |
| 3. Engagement | Place de travail habituelle (secteur de l'entreprise) | <input type="checkbox"/> exploitation <input type="checkbox"/> technique <input type="checkbox"/> bureau <input type="checkbox"/> autre | Date de l'engagement | |
| | Profession exercée | | Horaire du blessé | |
| | Contrat de travail | <input type="checkbox"/> durée indéterminée <input type="checkbox"/> durée déterminée | Horaire de l'entreprise | heures hebdo |
| | Fonction | <input type="checkbox"/> résilié Date de la résiliation: _____ | | |
| | Occupation | <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire | Taux % <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> irrégulière | Chômage <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> total |
| 4. Accident | Date (jj.mm.aaaa) | | Heure (hh:mm) | |
| 5. Lieu | Localité, endroit (ex. atelier) | | | |
| 6. Faits | Type d'accident | <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> accident dentaire <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> rechute | | |
| | Description de l'accident, suspicion de maladie professionnelle Activité au moment de l'accident, déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident | | | |
| 7. Constat | Personne(s) impliquée(s) | | | |
| | Rapport de police | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu | | |
| 8. Accident non professionnel | Motif d'absence | <input type="checkbox"/> congé payé <input type="checkbox"/> vacances <input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> militaire <input type="checkbox"/> congé non payé <input type="checkbox"/> chômage <input type="checkbox"/> autre | | Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)? |
| | | | | |
| 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 | | | |
| | Suite du traitement | | | |
| 11. Cas spéciaux | Assurance | <input type="checkbox"/> facultative <input type="checkbox"/> convention <input type="checkbox"/> membre de la famille <input type="checkbox"/> associé | | |
| | Autres employeurs (nom, adresse) | | | |

Indications pour l'employeur

Une déclaration d'accident bagatelle doit être remplie lorsque la blessure n'entraîne pas d'incapacité de travail ou lorsque celle-ci est de 3 jours au plus (jour de l'accident et les 2 jours suivants).

| | | |
|---|--------------------|-------------------------------------|
| En cas d'envoi électronique, l'assurance renonce aux signatures manuscrites | | |
| Lieu et date: | Nom du signataire: | Timbre et signature de l'employeur: |
| | | |

| |
|--|
| |
|--|

Feuille pour le médecin

| | | | | |
|----------------------|---|---|--|--|
| 1. Employeur | Nom | | No de sinistre | |
| | Adresse | | No de contrat | |
| | No postal / localité | | No de téléphone | |
| | Mail | | No de fax | |
| 2. Blessé | Nom, prénom | | Etat civil | |
| | Adresse | | Enfants de moins de 18 ans ou 25 ans en formation | Nombre |
| | No postal / localité | | No AVS | |
| | Date de naissance | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | | |
| | Téléphone / Natel | | | |
| | Mail | | | |
| 3. Engagement | Place de travail habituelle <small>(secteur de l'entreprise)</small> | <input type="checkbox"/> exploitation <input type="checkbox"/> technique <input type="checkbox"/> bureau <input type="checkbox"/> autre | Date de l'engagement | |
| | Profession exercée | | Horaire du blessé | heures hebdo |
| | Contrat de travail | <input type="checkbox"/> durée indéterminée <input type="checkbox"/> durée déterminée <input type="checkbox"/> résilié | Horaire de l'entreprise | heures hebdo |
| | Fonction | <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire | | |
| | Occupation | Taux % <input type="checkbox"/> régulière <input type="checkbox"/> irrégulière | Chômage | <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> partiel <input type="checkbox"/> total |
| 4. Accident | Date (jj.mm.aaaa) | | Heure (hh:mm) | |

Inscriptions du médecin

| | | |
|----------------------|--|--|
| 5. Diagnostic | Diagnostic Partie du corps blessée et nature de la lésion | |
| 7. Traitement | Terminé <input type="checkbox"/> oui le: <input type="checkbox"/> non probablement dans semaines | |
| Lieu et date: | Timbre et signature du médecin: | |
| | | |

| |
|--|
| |
|--|

Feuille de pharmacie LAA

| | | | | |
|---------------------|----------------------|--|-----------------|--|
| 1. Employeur | Nom | | No de sinistre | |
| | Adresse | | No de contrat | |
| | No postal / localité | | No de téléphone | |
| | Mail | | No de fax | |

| | | | | |
|------------------|----------------------|--|---|--|
| 2. Blessé | Nom, prénom | | | |
| | Adresse | | | |
| | No postal / localité | | | |
| | Date de naissance | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | |
| | Téléphone / Natel | | | |
| | Mail | | | |

| |
|--|
| |
|--|

| | | | | |
|--------------------|-------------------|--|---------------|--|
| 4. Accident | Date (jj.mm.aaaa) | | Heure (hh:mm) | |
|--------------------|-------------------|--|---------------|--|

Indications pour le blessé

Lorsque votre 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. Veuillez 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

Les assurances avisent le blessé lorsqu'elles prennent 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 feuille de pharmacie.

Note de la pharmacie

| Date de livraison | Nature et quantité | CHF |
|-----------------------------|--------------------|-----|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Joindre les ordonnances svp | TOTAL | |

A la fin du traitement, mais au plus tard 3 mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à votre assurance. Vous pouvez demander à votre 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 3 mois.

| | |
|------------------------------|---|
| Date | |
| CCP / Banque N° de compte | |
| OFAC | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Timbre de la pharmacie | |