



Numéro d'accident

## Déclaration d'accident-bagatelle LAA

<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° AVS ou NSS employeur
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
<b>2. Blessé/e</b>	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS ou NSS blessé/e
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA Domicile	Autres(s) employeur(s)	
<b>3. Engagement</b>	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 _____			
<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)		
<b>6. Faits (description de l'accident)</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
<b>7. Accident professionnel</b>	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
<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
	Type de lésion:		
<b>10. Adresse médecins</b>	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

<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° AVS ou NSS employeur
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
<b>2. Blessé/e</b>	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS ou NSS blessé/e
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA Domicile	Autres(s) employeur(s)	
<b>3. Engagement</b>	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		
<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)		
<b>6. Faits (description de l'accident)</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
<b>7. Accident professionnel</b>	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
<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
	Type de lésion:		
<b>10. Adresse médecins</b>	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 de pharmacie

Numéro d'accident

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

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