

## Déclaration d'accident bagatelle

### Employeur

#### Informations sur l'entreprise

Raison Sociale	_____
Rue / Numéro	_____
Complément d'adresse	_____
NPA / Localité	_____
N° du contrat	_____
Unité administrative	_____
Numéro de téléphone	_____
Adresse e-mail	_____
Personne de contact	_____

### Personne assurée

#### Informations personnelles de l'assuré

Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
Prénom	_____
Nom	_____
Identifiant de l'employé	_____
Etat civil	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Partenaire enregistré <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Concubin <input type="checkbox"/> Marié
Date de naissance	Date (jj/mm/aaaa) : _____
Nationalité / Permis de séjour	_____
Numéro d'assurance sociale	_____
Assurance maladie de base (LAMal)	_____
Enfant(s) à charge	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

#### Coordonnées de l'assuré

Pays de résidence	_____
Rue / Numéro	_____
Complément d'adresse	_____
NPA / Localité	_____
Numéro de téléphone	_____
Adresse e-mail	_____

#### Coordonnées bancaires/postales

À qui doivent-être versées les indemnités ?	<input type="checkbox"/> Employeur <input type="checkbox"/> Employé
IBAN de l'employé	_____

### Rapport de travail

#### Informations contractuelles

Type de contrat	<input type="checkbox"/> Durée indéterminée <input type="checkbox"/> Durée déterminée
Début du contrat de travail	Date (jj/mm/aaaa) : _____
Fin du contrat de travail	Date (jj/mm/aaaa) : _____
Le contrat est-il résilié ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pour quelle échéance ?	Date (jj/mm/aaaa) : _____
Fonction	<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire
Profession exercée	_____
Lieu de travail habituel	_____

**Horaire de travail**

Temps de travail de l'assuré \_\_\_\_\_ H/semaine

Taux d'occupation contractuel \_\_\_\_\_ %

Horaire usuel dans l'entreprise \_\_\_\_\_ H/semaine

Type d'occupation du poste  Régulière  Irrégulière

L'entreprise est-elle au chômage partiel ?  Oui  Non

**Autre employeur**

Raison sociale / Nom \_\_\_\_\_

Pays \_\_\_\_\_

Rue / Numéro \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

NPA / Localité \_\_\_\_\_

**Description de l'accident**

**Données de l'accident**

Nature de l'accident \_\_\_\_\_

Dernier jour de travail \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Heure de départ du lieu de travail \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_\_

Date de l'accident \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Heure de l'accident \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_\_

Motif de l'absence \_\_\_\_\_

Lieu/endroit \_\_\_\_\_

Description de l'accident \_\_\_\_\_

Activité au moment de l'accident \_\_\_\_\_

Déclencheur de l'accident \_\_\_\_\_

**Rapport de police**

Un rapport de police a-t-il été produit ?  Oui  Non

Qui a procédé aux constatations ? \_\_\_\_\_

**Personne en cause ou impliquée ?**

Une autre personne est-elle impliquée dans l'accident ?  Oui  Non

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Pays de résidence \_\_\_\_\_

Rue / Numéro \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

NPA / Localité \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Pays de résidence \_\_\_\_\_

Rue / Numéro \_\_\_\_\_

Complément d'adresse \_\_\_\_\_

NPA / Localité \_\_\_\_\_

## Lésions et blessures

### Lésions et blessures

La personne assurée est-elle décédée ?  Oui  Non  
Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

Partie du corps atteinte \_\_\_\_\_

Côté du corps \_\_\_\_\_

Données complémentaires sur les  
blessures

Type de lésion \_\_\_\_\_

### Soins médicaux

Premiers soins médicaux  
  
Adresse : \_\_\_\_\_

Suite des soins médicaux  
  
Adresse : \_\_\_\_\_

Lieu et date : \_\_\_\_\_

## Feuille accident

## Accident bagatelle

Employeur	Personne assurée
Raison Sociale _____	Civilité _____
Rue / Numéro _____	Prénom _____
Complément d'adresse _____	Nom _____
NPA / Localité _____	Date de naissance _____
N° du contrat _____	Numéro d'assurance sociale _____
Unité administrative _____	Numéro de téléphone _____
Lieu de travail habituel _____	Date et heure de l'accident _____

### 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			<b>Total B</b>			
Veuillez joindre les radiographies			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>Valeur du Point-taxe</td> </tr> <tr> <td>CHF</td> </tr> </table>		Valeur du Point-taxe	CHF
Valeur du Point-taxe						
CHF						
Total			Total A			
Total			<b>Total A + B</b>			

### Traitement terminé

- Oui  
 Non, probablement dans \_\_\_\_\_ semaines

Transmettre à: premier médecin traitant -> assurance

N° de CCP ou banque avec n° de compte

Date

Timbre du médecin

## Feuille de pharmacie

## Accident

Employeur	Personne assurée
Raison Sociale _____	Civilité _____
Rue / Numéro _____	Prénom _____
Complément d'adresse _____	Nom _____
NPA / Localité _____	Date de naissance [jj/mm/aaaa] : _____
N° du contrat _____	Numéro d'assurance sociale _____
Unité administrative _____	Numéro de téléphone _____
Lieu de travail habituel _____	Date et heure de l'accident [jj/mm/aaaa] : _____ [hh:mm] : _____

### Indications pour la personne assurée

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 la pharmacie

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.
<b>Joindre les ordonnances s.v.p.</b>		<b>Total</b>	

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

3	code				
---	------	--	--	--	--

N° de CCP ou banque et N° de compte
Si le décompte se fait par l'OFAC:

Transmettre à: assuré -> pharmacie -> assurance

Date

Timbre de la pharmacie