



| | | | |
|---|---|---|---|
| Déclaration d'accident-bagatelle LAA | | N° de sinistre | |
| 1. Employeur | Nom et adresse avec N° postal _____ _____ | N° de tél. _____ | N° d'entreprise Partie d'entreprise _____ |
| | | Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) _____ | |
| 2. Blessé | Nom et prénom _____ Rue _____ NPA Domicile | Date de naissance ____/____/____ | N° AVS ____-____-____ |
| | | Etat civil ____ | Nationalité ____-____-____ |
| 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 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 d'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) _____ | |

Sera rempli par l'assurance
▼

Sexe

Nationalité

Etat civil

Fonction

P/NP/AFP

Blessure

Type

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 d'indiquer ci-dessous le numéro de CPP ou de compte bancaire de l'intéressé.

Va à: formule verte → Suva (adresse ci-dessus)
 formule jaune → double pour votre dossier
 formule bleue → assuré → pharmacie → Suva

Suva
Case postale

Suva
Case postale

Feuille de pharmacie LAA

N° de sinistre

| | | | | |
|---------------------------|-------------------------------|--|-----------------|---------------------|
| Employeur | Nom et adresse avec N° postal | N° de tél. | N° d'entreprise | Partie d'entreprise |
| | | Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) | | |
| Blessé | Nom et prénom | Date de naissance | N° AVS | |
| | Rue | | | |
| | NPA Domicile | | | |
| | | | | |
| Date de l'accident | Jour | Mois | Année | Heure, minute |

Indications pour le blessé

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'adresse ci-dessus.

- 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 | <table border="1"> <tr> <td>Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)</td> <td>Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)</td> </tr> </table> | Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique) | Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique) |
| 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 N° attribué par la Suva

Si le décompte se fait par l'OFAC: 35-1