

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	Date de naissance	N° AVS	
	Rue		Nationalité	
	NPA Domicile	Etat civil		
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

Déclaration d'accident-bagatelle LAA Double pour l'entreprise

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	Date de naissance	N° AVS	
		Rue		Nationalité	
		NPA Domicile	Etat civil		
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				
COPIÉ					
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)		

Lieu et date

Timbre et signature

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

Va à: assuré → pharmacie → Suva