

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	IDE	N° de Police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	Numéro d'assurance sociale
	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
- 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.

CSS Assurance
Assurance-accidents LAA
Tribtschenstrasse 21
Case postale 2568
6002 Lucerne

CSS Assurance
Assurance-accidents LAA
Tribtschenstrasse 21
Case postale 2568
6002 Lucerne



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

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	IDE	N° de Police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	Numéro d'assurance sociale
	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)

Lieu et date

Timbre et signature



Feuille de pharmacie LAA

N° de sinistre

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	IDE	N° de Police					
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)						
Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	Numéro d'assurance sociale					
	Rue							
	NPA Domicile							
<table border="1"> <tr> <td>Date de l'accident</td> <td>Jour</td> <td>Mois</td> <td>Année</td> <td>Heure, minute</td> </tr> </table>				Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute
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	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						
---	------	--	--	--	--	--	--