

## Déclaration d'accident-bagatelle LAA

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° du contrat
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA Domicile	Autre(s) employeur(s)	
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		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>			
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 <b>la dernière fois</b> dans l'entreprise <b>avant l'accident</b> (jour, date, heure)?		
	Jusqu'à:	Motif de l'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

## 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 de joindre les pièces justificatives et d'indiquer ci-dessous le No CCP ou banque et IBAN.

Va à: formulaire verte → assurance  
 formulaire jaune → double pour votre dossier  
 formulaire blanche → assuré(e) → premier médecin traitant → BALOISE  
 formulaire bleue → assuré(e) → pharmacie → BALOISE

**Bâloise Assurance SA, Sinistres Suisse, Aeschengraben 21, Case postale, 4002 Basel**  
**Tél. 00800 24 800 800, Fax +41 58 285 90 73, sinistres@baloise.ch, www.baloise.ch**

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

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° du contrat
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	Etat civil	Nationalité
	NPA      Domicile	Autre(s) employeur(s)	
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 <b>la dernière fois</b> dans l'entreprise <b>avant l'accident</b> (jour, date, heure)? Jusqu'à: _____ Motif de l'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

# Certificat médical LAA

N° de sinistre

<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal _____ _____	N° de tél. _____	N° du contrat _____
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) _____	
<b>2. Blessé</b>	Nom et prénom _____	Date de naissance _____	N° AVS _____
	Rue _____	Etat civil _____	Nationalité _____
	NPA      Domicile _____	Autre(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/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <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. Adresses médecins</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique) _____		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique) _____

## Indications de médecine Partie du corps atteinte et nature de l'atteinte

## Note d'honoraires du médecin

A. Prestations selon tarif			B. Médicaments et bandages	
Date	Chif. tarif	Points	Nature et quantité	Prix
			Total B	
			Valeur du point-taxe	
			Total A	
			Total A + B	

**Veuillez joindre les radiographies**      Total      X

CHF

S'il y a une incapacité de travail, nous vous prions d'exiger de l'employeur une formule "Certificat médical". Le cas échéant, il y a lieu d'envoyer le certificat médical LAA non rempli à l'assurance, avec le certificat initial.

Date \_\_\_\_\_

Timbre et signature du médecin

No CCP ou banque et IBAN

Va à: premier médecin traitant → assurance

## Feuille de pharmacie LAA

N° de sinistre

<b>Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° du contrat	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
<b>Blessé</b>	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS	
	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 trois 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 trois mois.

### Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
Total			

Joindre les ordonnances s.v.p.

Total

Date:

Timbre de la pharmacie:

3	Code				
---	------	--	--	--	--

No CCP ou banque et IBAN

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

Va à: assuré → pharmacie → assurance