

<b>Déclaration d'accident-bagatelle LAA</b>		N° de sinistre		
<b>1. Employeur</b> Nom et adresse avec n° postal	Tél.	N° de contrat/de police.		
	Interlocuteur (nom, tél., e-mail)			
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
<b>2. Blessé</b> Nom et adresse avec n° postal	Date de naissance	No AS / No AVS		
		Nationalité		
	État civil			
<b>3. Engagement</b> Date d'engagement	Profession exercée	Groupes/cercles de personnes		
	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 du sinistre</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</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident  (Description d'accident)  Personne(s) impliquée(s):			
<b>7. Accident professionnel</b>	Objets en cause (p. ex. outil, véhicule, substance dont il s'agit)			
<b>8. Accident non professionnel</b>	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:			
<b>9. Blessure</b>				
<b>10. Adresse médecins</b>	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 d'indiquer ci-dessous le numéro de CPP ou de compte bancaire de l'intéressé.

--

**Distributeur**

Page 1 → CONCORDIA

Page 2 → Blessé → pharmacie → CONCORDIA