Assurances Agrisano SA

N° GLN LAA: 7601003101362

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

			N° de sinistre
1. Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de convention
		E-Mail	
		IDE No d'identification des entreprises CHE- _ _ _ . _ _ _ . _ _ _	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Autre(s) employeur(s)
	Nom et adresse de la caisse maladie		
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire Horaire de travail du blessé: heures par semaine ☐ régulière ☐ irrégulière		
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 professionnel	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: ☐ gauche ☐ droite ☐ 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, au lieu de la présente déclaration d'accident-bagatelle, la déclaration de sinistre LAA en cas de

- maladie professionnelle
- dommage dentaire, ou
- rechute.

Pour toute demande de remboursement, prière d'indiquer ci-dessous le numéro de CPP ou de compte bancaire de l'intéressé.

Titulaire du compte :

Va à: ➔ **Assurances Agrisano SA**

Laurstrasse 10 | 5201 Brugg | Tél. +41 56 461 71 11 | info.uvg@agrisano.ch | www.agrisano.ch

Assurances Agrisano SA

N° GLN LAA: 7601003101362

Déclaration d'accident-bagatelle LAA **(Double pour l'entreprise)**

			N° de sinistre
1. Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de convention
		E-Mail	
		IDE No d'identification des entreprises CHE- _ _ _ . _ _ _ . _ _ _	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Autre(s) employeur(s)
	Nom et adresse de la caisse maladie		
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire Horaire de travail du blessé: heures par semaine ☐ régulière ☐ irrégulière		
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 professionnel	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: ☐ gauche ☐ droite ☐ 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

Va à: ➔ **Double pour l'entreprise**

agrisano

Assurances Agrisano SA

N° GLN LAA: 7601003101362

Certificat médical déclaration d'accident-bagatelle LAA

			N° de sinistre
1. Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de convention
		E-Mail	
		IDE No d'identification des entreprises CHE- _ _ _ . _ _ _ . _ _ _	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél. (si connu)	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	Autre(s) employeur(s)
	Nom et adresse de la caisse maladie		
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: ☐ cadre supérieur ☐ cadre moyen ☐ employé/travailleur ☐ apprenti ☐ stagiaire Horaire de travail du blessé: heures par semaine ☐ régulière ☐ irrégulière		
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 professionnel	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: ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée Type de lésion:		
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	

Inscriptions du médecin

Partie du corps blessée / Nature de la lésion / Diagnostic:

Traitement terminé? ☐ oui, depuis le ☐ non

Date

Timbre et signature du médecin

Va à: ➔ **Premier médecin traitant** ➔ **Assurances Agrisano SA**

Assurances Agrisano SA

N° GLN LAA: 7601003101362

Feuille de pharmacie pour la déclaration d'accident-bagatelle LAA

			N° de sinistre
Employeur	Nom et adresse avec NPA	N° de tél.	N° de convention
		E-Mail	
		IDE No d'identification des entreprises CHE- _ _ _ . _ _ _ . _ _ _	Poste de travail habituel du blessé (sec. d'entrepr.)
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.

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:

Va à: ➔ **Assuré(e)** ➔ **pharmacie** ➔**Assurances Agrisano SA**

FOBU1024F