

Numéro de sinistre

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

1. Employeur	Nom et adresse avec no postal		No de tél.	No de police 495 11040.
			Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom		Date de naissance	No AVS
	Rue		Etat civil	Nationalité
	NPA	Domicile	Autre/s employeur/s	
3. Engagement	Date d'engagement	Fin d'engagement	Profession exercée	
	Fonction <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti/e <input type="checkbox"/> stagiaire Horaire de travail: ____ jours par semaine; ____ h/sem; Horaire de travail dans l'entreprise: ____ h/sem; <input type="checkbox"/> irrégulière			
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NP) 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)	
11. Caisse maladie	Nom, adresse, no d'assuré			

Lieu et date

Signature de l'employé(e)

Timbre et signature de l'employeur

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

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 → la caisse de compensation PANVICA, Talstrasse 7, 3053 Münchenbuchsee
formule jaune → double pour votre dossier
formule rouge → premier médecin traitant → Mobilière Suisse Société d'assurances, Bundesgasse 35, 3001 Berne
formule bleue → personne blessée → pharmacie → Mobilière Suisse Société d'assurances, Bundesgasse 35, 3001 Berne
Notes d'honoraires → Mobilière Suisse Société d'assurances, Bundesgasse 35, 3001 Bern

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

Numéro de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec no postal _____ _____		No de tél.	No de police 495 11040.
				Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)
2. Blessé	Nom et prénom _____		Date de naissance	No AVS
	Rue _____		Etat civil	Nationalité
	NPA	Domicile	Autre/s employeur/s	
3. Engagement	Date d'engagement	Fin d'engagement	Profession exercée	
	Fonction <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti/e <input type="checkbox"/> stagiaire Horaire de travail: ____ jours par semaine; ____ h/sem; Horaire de travail dans l'entreprise: ____ h/sem; <input type="checkbox"/> irrégulière			
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NP) 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)	
11. Caisse maladie	Nom, adresse, no d'assuré			

Lieu et date

Signature de l'employé(e)

Timbre et signature de l'employeur

Numéro de sinistre

Feuille pour le médecin

1. Employeur	Nom et adresse avec no postal		No de tél.	No de police 495 11040.
			Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom		Date de naissance	No AVS
	Rue		Etat civil	Nationalité
NPA		Domicile	Autre/s employeur/s	
4. Date de l'accident				
Jour Mois Année Heure, minute				
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NP) 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)	
11. Caisse maladie	Nom, adresse, no d'assuré			

Inscriptions du médecin

A. Prestations selon tarif				Points (pts)		
Date	Chiffre tarif	Chiffre réf.	Quantité	TARMED PM + PT	Laboratoire	Physio
Total intermédiaire						

B. Médicaments/matériel à usage		
Quantité	Nature	CHF
Total médicaments/matériel à usage		

Diagnostic (Partie du corps blessée et nature de la lésion) **et Code CIM**

Traitement terminé? oui non

Observations

CCP ou compte bancaire

		CHF
Total pts TARMED x CHF/pt _____ = Total TARMED		
Total pts laboratoire x CHF/pt _____ = Total laboratoire		
Total pts physio x CHF/pt _____ = Total physio		
Total médicaments/matériel à usage		
Montant Total		

Lieu et date _____ Timbre et signature du médecin _____

Va à: Premier médecin traitant → Mobilière Suisse Société d'assurances, Bundesgasse 35, 3001 Berne

Numéro de sinistre

Feuille de pharmacie LAA

1. Employeur	Nom et adresse avec no postal _____ _____	No de tél.	No de police 495 11040.	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé	Nom et prénom _____	Date de naissance	No AVS	
	Rue _____	Etat civil	Nationalité	
	NPA Domicile _____	Autre/s employeur/s		
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute
<p>Indications pour la personne blessée</p> <p>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.</p> <p>Indications pour la pharmacie</p> <p>A la fin du traitement – mais au plus tard 3 mois après la date de l'accident –, veuillez envoyer cette note à l'assurance. Vous pouvez nous demander une nouvelle feuille de pharmacie si</p> <ul style="list-style-type: none"> – la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante; – des médicaments doivent être délivrés après 3 mois. 				
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)		

Note de la pharmacie

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

Date _____

Timbre de la pharmacie _____

No de compte de chèques postaux ou banque et numéro bancaire
--

Joindre les ordonnances s.v.p.

Total

Va à: Pharmacie → Mobilière Suisse Société d'assurances, Bundesgasse 35, 3001 Berne