Clear Print E-Mail

v1.3 - 18.09.2014

Schafer Assurances SA, Impasse de la Forêt 13, Case postale 1424, 1701 Fribourg
Tel.: +41 26 488 34 34 / **Fax.:** +41 26 488 34 35 / **e-mail:** office@schafer.ch

Assureur selon Police
avec adresse:

☑ **Accident-bagatelle LAA**

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

		Compagnie	Numéro de sinistre
1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	Numéro téléphone	Numéro de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé Nom et prénom Rue NPA et domicile Téléphone CCP ou compte bancaire Caisse maladie		Date de naissance	Numéro AVS
		Nationalité	Lieu d'origine
		Etat civil	
3. Engagement	Date d'engagement	Activité professionnelle habituelle	
	Fonction: ☐ Cadre supérieur ☐ Cadre moyen ☐ Employé / travailleur ☐ Apprenti ☐ Stagiaire	Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ contrat de travail résilié dès le	
	Horaire de travail du blessé heures par semaine Occupation: ☐ irrégulière ☐ chômage partiel	Horaire de travail dans l'entreprise (heures par semaine):	
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu? (lieu, endroit)		
6. Description de l'accident	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident; personnes, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident		
7. Accident non professionell	Quand le blessé a-t-il travaillé pour **la dernière fois** chez l'employeur **avant l'accident** ?		
8. Blessure	Partie du corps atteinte: ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée Nature de la lésion:		
9. Adresse 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 lorsque la blessure n'entraîne **pas d'incapacité de travail**.

Exceptions: S'il s'agit
- d'une maladie professionnelle
- d'un dommage dentaire ou
- d'une rechute

il faut utiliser une "Déclaration d'accident LAA" ordinaire en lieu et place de la présente déclaration d'accident-bagatelle.

S'il ets fait appel à un **deuxième médecin**, nous lui enverrons une formule de note d'honoraires.

Va à: **Schafer Assurances SA**

Schafer Assurances SA, Impasse de la Forêt 13, Case postale 1424, 1701 Fribourg
Tel.: +41 26 488 34 34 / **Fax.:** +41 26 488 34 35 / **e-mail:** office@schafer.ch

Assureur selon Police
avec adresse:

☑ **Accident-bagatelle LAA**

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

Double pour l'employeur

		Compagnie	Numéro de sinistre
1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	Numéro téléphone	Numéro de police
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé Nom et prénom Rue NPA et domicile Téléphone CCP ou compte bancaire Caisse maladie		Date de naissance	Numéro AVS
		Nationalité	Lieu d'origine
		Etat civil	
3. Engagement	Date d'engagement	Activité professionnelle habituelle	
	Fonction: ☐ Cadre supérieur ☐ Cadre moyen ☐ Employé / travailleur ☐ Apprenti ☐ Stagiaire	Rapports de travail: ☐ contrat de durée indéterminée ☐ contrat de durée déterminée ☐ contrat de travail résilié dès le	
	Horaire de travail du blessé heures par semaine Occupation: ☐ irrégulière ☐ chômage partiel	Horaire de travail dans l'entreprise (heures par semaine):	
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu? (lieu, endroit)		
6. Description de l'accident	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident; personnes, machines, objets, véhicules, produits ayant joué un rôle dans l'accident		
7. Accident non professionell	Quand le blessé a-t-il travaillé pour **la dernière fois** chez l'employeur **avant l'accident** ?		
8. Blessure	Partie du corps atteinte: ☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminée Nature de la lésion:		
9. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)	

Lieu et date _____ Timbre et signature _____

Schafer Assurances SA, Impasse de la Forêt 13, Case postale 1424, 1701 Fribourg
Tel.: +41 26 488 34 34 / **Fax.:** +41 26 488 34 35 / **e-mail:** office@schafer.ch

Assureur selon Police
avec adresse:

☑ **Accident-bagatelle LAA**

Feuille de pharmacie déclaration d'accident-bagatelle LAA

	Compagnie	Numéro de sinistre
1. Employeur Nom et adresse avec N° postal	Numéro téléphone	Numéro de police
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé Nom et prénom Rue NPA et domicile Téléphone CCP ou compte bancaire Caisse maladie	Date de naissance	Numéro AVS
	Nationalité	Lieu d'origine
	Etat civil	

4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute

Indications pour le blessé

- Lorsque l'assurance a garanti la prise en charge des frais de traitement, la pharmacie vous délivre les médicaments prescripts par le médecin sans en demander le paiement.
- Veuillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie. La présente feuille doit lui être remise. Nous vous prions d'inscrire ci-dessus le numéro de sinistre qui figure dans toute notre correspondance ou de le faire inscrire à la pharmacie.

Indications pour le pharmacien

L'assurance avise le blessé lorsqu'elle prend en charge les frais de traitement. Veuillez demander à prendre connaissance de cet avis - qui constitue aussi pour vous une garantie de paiement - et reporter le numéro de sinistre qui y figure sur la feuille de pharmacie.

Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
Joindre les ordonnances s.v.p	**Total**		

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 demander à l'assurance une nouvelle feuille de pharmacie en indiquant le numéro de sinistre si

- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante;
- des médicaments doivent être délivrés après 3 mois.

Date

Timbre de la pharmacie

No de compte de chèques postaux ou banque et no du compte bancaire

Décompte par l'OFAC ?

Va à: **Blessé -> Pharmacie -> Assureur**