

**Déclaration d'accident-bagatelle LAA**

N° de sinistre

<b>1. Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal _____ _____	N° de tél.	N° d'entreprise
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
<b>2. Blessé</b>	Nom et prénom _____ Rue _____ NPA      Domicile	Date de naissance	N° AVS
			Nationalité
<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		
	Rapports de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié		
	Horaire de travail du blessé:      _____ heures par semaine		Taux d'occupation contractuel:      _____ pour cent
	Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures par semaine		Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel
<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. place de travail, rue)		
<b>6. Faits (description de l'accident)</b>	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
	Personne(s) impliquée(s): Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu		
<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 d'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</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 «déclaration de sinistre LAA» 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:**      première page      →      HOTELA  
 feuille «copie»      →      double pour votre dossier  
 feuille «pharmacie»      →      assuré → pharmacie → HOTELA





RUE DE LA GARE 18, CASE POSTALE 1251, 1820 MONTREUX 1, TEL. 021 962 49 49, WWW.HOTELA.CH

## Feuille de pharmacie LAA

N° de sinistre

<b>Employeur</b>	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise
		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 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.

<b>Blessure</b>	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée
	Type de lésion: _____
<b>Adresses</b>	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)
	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)

Lieu et date

Timbre et signature

### Note de la pharmacie

Date de la livraison	Nature et quantité	Prix	
		CHF	Ct.
<b>Joindre les ordonnances s. v. p.</b>		<b>Total</b>	

Date: \_\_\_\_\_

Timbre de la pharmacie: \_\_\_\_\_

N° de compte postal ou N° de concordat

Va à: assuré → pharmacie → HOTELA