

N° de sinistre

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de téléphone	N° d'entreprise
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de téléphone	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	
3. Engagement	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			
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année
	Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p. ex. place de travail, rue)		
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
7. Accident professionnel	Personne(s) impliquée(s): Existe-t-il un rapport de police <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu		
8. Accident non-prof.	Équipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
9. Blessure	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: _____		
	Partie du corps atteinte _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée		
	Type de lésion: _____		
10. Adresses	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 CCP ou de compte bancaire de l'intéressé.

Va à: première page → HOTELA
 feuille «copie» → double pour votre dossier
 feuille «pharmacie» → assuré → pharmacie → HOTELA



HOTELA

Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux 1, Tel. 021 962 49 49, www.hotela.ch

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

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de téléphone	Nationalité
	NPA Domicile	Etat civil	
3. Engagement	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		
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année
	Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p. ex. place de travail, rue)		
6. Faits (description de l'accident)	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		
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	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)

Lieu et date

Timbre et signature



HOTELA

Rue de la Gare 18, Case Postale 1251, 1820 Montreux 1, Tel. 021 962 49 49, www.hotela.ch

N° de sinistre

Feuille de pharmacie LAA

Employeur	Nom et adresse avec N° postal	N° de tél.	N° d'entreprise	
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)			
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.

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

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

Date: _____

Timbre de la pharmacie: _____

N° de compte postal ou N° de concordat

Va à: assuré → pharmacie → HOTELA