

Département LAA
Rue du Nord 5
1920 Martigny



Numéro de sinistre

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

1 Employeur	Nom et adresse avec N° postal Service de la population Avenue de Beaulieu 19 1014 Lausanne	Tél. N° 021 316 49 00	N° de police S - 17
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) Ressources humaines, Av. de Beaulieu 25, 1014 Lausanne	
2 Blessé	Nom et prénom Bonjour Pierre	Date de naissance 23.01.1996	N° AVS (11 chiffres) 756.0000.0000.00
	Rue Chemin de la Vigne 18	Nationalité Suisse	Lieu d'origine Lausanne
	NPA Domicile 1030 Bussigny	Etat civil Marié	
3 Engage- ment	Activité professionnelle habituelle Employé de commerc	Date d'engagement 01.08.2017	<input type="checkbox"/> assuré volontaire <input type="checkbox"/> qualifié <input type="checkbox"/> semi-qualifié <input type="checkbox"/> non qualifié <input checked="" type="checkbox"/> apprenti
4 Date de l'accident	Jour, mois, année 24.03.2020	Heure, minute 07:30	0:00 -> 23:59
5 Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu ? (lieu, endroit) Domicile, extérieur		
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 Dans la précipitation, l'assuré a raté la dernière marche des escaliers se trouvant devant la maison et a chuté en avant, se blessant ainsi aux poignets en voulant se rattraper lors de la chute.		
7 Accident non prof.	Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident? (jour, date, heure) 23.03.2020 - Heure de fin : 16:30		
8 Blessure	Partie du corps atteinte Poignet	gauche / droite : Deux côtés	Nature de la lésion Contusion
9 Adresse médecins	Premiers soins par: PMU Urgences		Suite du traitement par: PMU
10 Horaire de travail du blessé	Jours par semaine 5j ou 100%	Heures par semaine 41:30	Autre employeur ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Si oui, nom et adresse :
11 Caisse- maladie	Assura		

Lieu et date

Timbre et signature

Lausanne, le 25.03.2020

Indications pour l'employeur

Pour toute demande de remboursement, prière de nous communiquer ci-dessous le n° de CCP ou de compte bancaire de l'intéressé.

BCV, IBAN CH2300767000C52547856

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 garniture de formule blanche en lieu et place de la présente déclaration d'accident-bagatelle.

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

Va à :
Formule verte -> Assureur LAA susmentionné
Formule jaune -> double pour votre dossier
Formule rouge -> premier médecin traitant -> Assureur LAA susmentionné
Formule bleue -> blessé -> pharmacie -> Assureur LAA susmentionné

Département LAA
Rue du Nord 5
1920 Martigny



Numéro de sinistre

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

Double pour l'employeur

1 Employeur	Nom et adresse avec N° postal Service de la population Avenue de Beaulieu 19 1014 Lausanne	Tél. N° 021 316 49 00	N° de police S - 17
	Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) Ressources humaines, Av. de Beaulieu 25, 1014 Lausanne		
2 Blessé	Nom et prénom Bonjour Pierre	Date de naissance 23.01.1996	N° AVS (11 chiffres) 756.0000.0000.00
	Rue Chemin de la Vigne 18	Nationalité Suisse	Lieu d'origine Lausanne
	NPA Domicile 1030 Bussigny	Etat civil Marié	
3 Engage- ment	Activité professionnelle habituelle Employé de commerc	Date d'engagement 01.08.2017	<input type="checkbox"/> assuré volontaire <input type="checkbox"/> qualifié <input type="checkbox"/> semi-qualifié <input type="checkbox"/> non qualifié <input checked="" type="checkbox"/> apprenti
4 Date de l'accident	Jour, mois, année 24.03.2020	Heure, minute 0:00 -> 23:59 07:30	
5 Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu ? (lieu, endroit) Domicile, extérieur		
6 Description de l'accident	Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident ? (jour, date, heure) Dans la précipitation, l'assuré a raté la dernière marche des escaliers se trouvant devant la maison et a chuté en avant, se blessant ainsi aux poignets en voulant se rattraper lors de la chute.		
7 Accident non prof.	Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident ? (jour, date, heure) 23.03.2020 - Heure de fin : 16:30		
8 Blessure	Partie du corps atteinte Poignet	gauche / droite : Deux côtés	Nature de la lésion Contusion
9 Adresse médecins	Premiers soins par: PMU Urgences	Suite du traitement par: PMU	
10 Horaire de travail du blessé	Jours par semaine 5j ou 100%	Heures par semaine 41:30	Autre employeur ? <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non Si oui, nom et adresse :
11 Caisse- maladie	Assura		

Lieu et date

Timbre et signature

Lausanne, le 25.03.2020

Département LAA
Rue du Nord 5
1920 Martigny



Numéro de sinistre

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

Feuille pour le médecin

1 Employeur	Nom et adresse avec N° postal Service de la population Avenue de Beaulieu 19 1014 Lausanne	Tel. N° 021 316 49 00	N° de police \$ - 17
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) Ressources humaines, Av. de Beaulieu 25, 1014 Lausanne	
2 Blessé	Nom et prénom Bonjour Pierre	Date de naissance 23.01.1996	N° AVS (11 chiffres) 756.0000.0000.00
	Rue Chemin de la Vigne 18	Nationalité Suisse	Lieu d'origine Lausanne
	NPA Domicile 1030 Bussigny	Etat civil Marié	
3 Engage- ment	Activité professionnelle habituelle Employé de commerc	Date d'engagement 01.08.2017	<input type="checkbox"/> assuré volontaire <input type="checkbox"/> qualifié <input type="checkbox"/> non qualifié <input checked="" type="checkbox"/> semi-qualifié <input checked="" type="checkbox"/> apprenti
4 Date de l'accident	Jour, mois, année 24.03.2020	Heure, minute 0:00 -> 23:59 07:30	
5 Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu ? (lieu, endroit) Domicile, extérieur		
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 Dans la précipitation, l'assuré a raté la dernière marche des escaliers se trouvant devant la maison et a chuté en avant, se blessant ainsi aux poignets en voulant se rattraper lors de la chute.		
7 Accident non prof.	Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois chez l'employeur avant l'accident? (jour, date, heure) 23.03.2020 - Heure de fin : 16:30		
8 Blessure	Partie du corps atteinte Poignet	gauche / droite : Deux côtés	Nature de la lésion Contusion
9 Adresse médecin	Premiers soins par: PMU Urgences	Suite du traitement par: PMU	

Inscriptions du médecin

Partie du corps blessée et nature de la lésion

Note d'honoraires

A. Prestations selon tarif				B. Médicaments et matériel de pansement			En cas d'incapacité de travail, veuillez demander une formule blanche "Certificat médical" à l'employeur. Dans ce cas, la feuille bagatelle doit être envoyée non remplie à l'assurance avec le certificat médical.									
Date	Chiffre du tarif	Points	Ne pas remplir svp	Nature et quantité	Prix Fr.	Ct.										
Total				X	Total B		Date									
				<table border="1"> <tr><th colspan="2">Valeur du point</th></tr> <tr><td>Fr.</td><td>Ct.</td></tr> </table>		Valeur du point		Fr.	Ct.	<table border="1"> <tr><td>Total A</td><td></td></tr> <tr><td>Total A+B</td><td></td></tr> </table>		Total A		Total A+B		Timbre et signature du médecin
Valeur du point																
Fr.	Ct.															
Total A																
Total A+B																
No de compte de chèques postaux ou banque et No du compte bancaire																

Va à : Premier médecin traitant -> Assureur LAA susmentionné

