Département LAA
Rue du Nord 5
1920 Martigny

Groupe Mutuel Assurances

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 Engagement	Activité professionnelle habituelle Employé de commerc	Date d'engagement 01.08.2017	☐ assuré volontaire	☐ qualifié ☐ semi-qualifié ☐ non qualifié ☑ 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 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 ? Si oui, nom et adresse :	☐ Oui ☑ Non
11 Caisse-maladie	Assura			

Lieu et date

Lausanne, le 25.03.2020

Timbre et signature

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

Imprimer ce Formulaire

Département LAA
Rue du Nord 5
1920 Martigny

Groupe Mutuel
Assurances

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 Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) Ressources humaines, Av. de Beaulieu 25, 1014 Lausanne	N° de police S - 17
2	**Blessé**	Nom et prénom Bonjour Pierre Rue Chemin de la Vigne 18 NPA Domicile 1030 Bussigny	Date de naissance 23.01.1996 Nationalité Suisse Etat civil Marié	N° AVS (11 chiffres) 756.0000.0000.00 Lieu d'origine Lausanne
3	**Engage-ment**	Activité professionnelle habituelle Employé de commerc Date d'engagement 01.08.2017	☐ assuré volontaire	☐ qualifié ☐ semi-qualifié ☐ non qualifié ☑ 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 ? Si oui, nom et adresse :	☐ Oui ☑ Non
11	**Caisse-maladie**	Assura		

Lieu et date

Lausanne, le 25.03.2020

Timbre et signature

Département LAA
Rue du Nord 5
1920 Martigny

Groupe Mutuel
Assurances

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	Tél. N° 021 316 49 00 Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) Ressources humaines, Av. de Beaulieu 25, 1014 Lausanne	N° de police $ - 17
2	**Blessé**	Nom et prénom Bonjour Pierre Rue Chemin de la Vigne 18 NPA Domicile 1030 Bussigny	Date de naissance 23.01.1996 Nationalité Suisse Etat civil Marié	N° AVS (11 chiffres) 756.0000.0000.00 Lieu d'origine Lausanne
3	**Engagement**	Activité professionnelle habituelle Employé de commerc	Date d'engagement 01.08.2017	☐ assuré volontaire ☐ qualifié ☐ semi-qualifié ☐ non qualifié ☑ 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		
Date	Chiffre du tarif	Points	Ne pas remplir svp	Nature et quantité	Prix Fr.	Ct.
				Total B		
Total						

X

Valeur du point	
Fr.	Ct.

Total A

Total A+B

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

Timbre et signature du médecin

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

Va à : Premier médecin traitant -> Assureur LAA susmentionné

Département LAA
Rue du Nord 5
1920 Martigny

Groupe Mutuel
Assurances

Numéro de sinistre

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

Feuille de pharmacie

1	**Employeur**	Nom et adresse avec N° postal Service de la population Avenue de Beaulieu 19 1014 Lausanne	Tél. N° 021 316 49 00 Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) Ressources humaines, Av. de Beaulieu 25, 1014 Lausanne	N° de police S - 17
2	**Blessé**	Nom et prénom Bonjour Pierre Rue Chemin de la Vigne 18 NPA Domicile 1030 Bussigny	Date de naissance 23.01.1996	N° AVS (11 chiffres) 756.0000.0000.00
4	**Date de l'accident**	Jour, mois, année 24.03.2020	Heure, minute 0:00 -> 23:59 07:30	

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 la pharmacie

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

Note de la pharmacie

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

Joindre les ordonnances s.v.p.

Va à : Assuré -> Pharmacie -> Assureur LAA susmentionné

Date

Timbre de la pharmacie

No de compte de chèques postaux ou banque et numéro bancaire

Décompte par l'OFAC ?