Déclaration d’accident-bagatelle LAA

Indications pour l’employeur

Cette déclaration d’accident-bagatelle LAA doit être complétée si l’accident ne donne pas lieu à une inva-lidité ou s’il donne lieu à une invalidité de maximum deux jours calendrier (le jour de l’accident et les deux jours suivants).

Exceptions

Au lieu de cette déclaration d’accident-bagatelle LAA, il convient de remplir une déclaration d’accident LAA dans les cas suivants:

* maladie professionnelle
* dommage dentaire
* rechute

|  |  |
| --- | --- |
| Compagnie d’assurance |  |
| N° de police |  |
| N° de sinistre |  |
| Assuré |
| Nom, prénom / employeur |       |
| Personne de contact |       |
| Adresse |       |
| N° de téléphone |       | E-mail |       |
| Compte bancaire ou CCP / N° IBAN |       |
| Êtes vous autorisé à déduire l’impôt préalable? | [ ]  Qui | [ ]  Non |
| Blessé |
| Nom, prénom |       |
| Adresse |       |
| N° de téléphone |       | E-mail |       |
| Nationalité |       | Etat civil |       |
| Permis de séjour | [ ]  A | [ ]  B | [ ]  C | Autre |       |
| Date de naissance |       | Sexe |       |
| N° AVS |       |
| Nombre d’enfants de moins de 18 ans ou suivant une formation et ayant moins de 25 ans |       | [ ]  Aucun |

|  |
| --- |
| Emploi |
| Date d’engagement |       | Profession exercée |       |
| Rapport de travail | [ ]  Durée indéterminée | [ ]  Durée déterminée | Résilié au |       |
| Fonction |
| [ ]  Cadre supérieur | [ ]  Cadre moyen | [ ]  Employé / travailleur |
| [ ]  Apprenti | [ ]  Stagiaire | [ ]  Profession |       |
| Heures de travail |  Heures par semaine | Taux d’occupation contractuel |       % |
| Heures de travail habituelles à temps complet |  Heures par semaine | Occupation | [ ]  Irrégulière | [ ]  Chômage partiel |
| Date de l’accident et conséquences |
| Date de l’accident |       | Heure  |       |
| Localité (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue) |       |
| Faits |
| Activité au moment de l’accident |       |
| Déroulement de l’accident |       |
| Personnes impliquées dans l’accident |       |
| Rapport de police | [ ]  Oui | Bureau de police |       | [ ]  Non |
| Accident professionnel: objets ayant joué un rôle dans l’accident (p. ex. machine, outil, véhicule, substance) |
| Description exacte de l’accident |       |
| Accident non-professionnel: jusqu’à quand le blessé a-t-il travaillé la dernière fois dans l’entreprise avant l’accident? |
| Jusqu‘à (jour, date, heure) |       |
| Motif de l’absence |       |
| **Lésion** (partie du corps atteinte) |       | [ ]  Gauche | [ ]  Droite | [ ]  Indéterminée |
| Type de lésion |       |
| Adresses des médecins |
| Médecin / hôpital / clinique ayant dispensé les premiers soins |       |
| Médecin / hôpital / clinique pour la suite du traitement |       |

|  |
| --- |
| Remarques |
|       |
| La personne soussignée autorise l’assureur à prendre connaissance de tous les documents médicaux et officiels relatifs à l’accident. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lieu, date |       | Cachet et signature |       |

Veuillez renvoyer le formulaire par e-mail à info@qualibroker.com ou par la poste.

Vous trouverez l’adresse dans le coin inférieur gauche de la première page. Merci d’avance.