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](mailto:info@qualibroker.com) ou par la poste.

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