ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 1/4
Déclaration d'accident LAA bagatelle

1. PRENEUR D'ASSURANCE

Nom		Société	
Adresse		N° de police	
Téléphone		N° de sinistre	
Interlocuteur		Compte postale ou bancaire	
E-mail		Assujetti à la TVA	○ Oui ○ Non

2. PERSONEE BLESSÉE

Nom/Prénom		Lieu d'origin/Nationalité	
Adresse		N° AVS	
NPA/Localité		Sexe	○ F ○ M
Téléphone		État civil	union civile
Date de naissance		E-mail	
Nombre d'enfants de moins de 18 ans ou en formations			

3. ENGAGEMENT

Profession exercée		Date de l'engagement	
Fonction	○ Cadre supérieur ○ Cadre moyen	○ Employé/e	○ Apprenti
Horaire hebdomadaire du blessé/de la blessée			
Temps du travail couplet habituel			
Dernière présence sur le lieu de travail			

4. ACCIDENT

Date de l'accident		Heure	
Lieu de l'accident			

Déroulement de l'accident

Accident du travail: Objets ayant joué un rôle (p. ex. machines, outils, véhicule, agents; qualificatif exact, s.v.p.)

Accident non professionnel: Dernière présence sur le lieu de travail (jour de semaine, date, heure)

Jusque		Motif d'absence	

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 2/4
Déclaration d'accident LAA bagatelle

5. BLESSURE

Partie du corps atteinte ○ Gauche ○ Droite ○ Indéterminée

Type de lésion

Médecin ou bien hôpital/clinique des premiers soins

Médecin ou bien hôpital/clinique de la suite du traitement

Rapport de police ○ Oui ○ Non Service

Est-ce que il y a une personne responsable? ○ Oui ○ Non Témoins ○ Oui ○ Non

Nom/Prénom		Nom/Prénom	
Adresse		Adresse	
NPA/Localité		NPA/Localité	
Téléphone		Téléphone	

Assurance responsabilité civile? ○ Oui ○ Non

Nom de l'assurance

N° de police

6. REMARQUES

La personne soussignée autorise la compagnie d'assurances à consulter les documents officiels et médicaux, et elle accepte que la compagnie d'assurances transmette les données nécessaires au traitement du sinistre à des tiers ou aux compagnies d'assurances impliquées (coassureurs ou réassureurs) en Suisse et à l'étranger et qu'elle demande à ces dernières les renseignements nécessaires. Le soussigné/la soussignée n'est pas autorisé(e) à reconnaître des droits à des dommages et intérêts sans le consentement de la compagnie.

Lieu et date Signature du preneur d'assurance

Indications pour l'employeur
Cette déclaration d'accident bagatelle doit être remplie lorsque la blessure n'entraîne pas d'incapacité de travail ou lorsque celle-ci est de 3 jours au plus (jour de l'accident et les 2 jours suivants). Exception: la déclaration d'accident ALLA doit être remplie (au lieu de la déclaration d'accident LAA bagatelle) en cas de maladie professionnelle, de dommage dentaire ou rechute. Si un deuxième médecin doit être adjoint, ceci va recevoir un formulaire pour la facturation. Pour le remboursement des factures déjà payé, vous êtes prié d'ajouter les justicatifs et nous indiquer les cordonnées pour le remboursement (compte postale und bancaire).

Va à: Assureur LAA

Veuillez envoyer le formulaire par e-mail à schaden@arisco.ch ou par la poste à la succursale de votre responsable de mandat. Vous trouverez l'adresse sur www.arisco.ch/kontakt. Merci beaucoup.

IMPRIMER RÉINITIALISER ENVOYER

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 3/4
Déclaration d'accident LAA bagatelle – Feuille pour le médecin

1. PRENEUR D'ASSURANCE

Nom		Société	
Adresse		N° de police	
Téléphone		N° de sinistre	
E-mail			

2. PERSONNE BLESSÉE

Nom/Prénom		N° AVS	
Adresse		Date de naissance	
NPA/Localité		Sexe	○ F ○ M
Téléphone		E-mail	

3. DATE DE L'ACCIDENT ET SÉQUENCES

Date de l'accident		Heure	
Partie du corps atteinte		○ Gauche	○ Droite ○ Indéterminée
Médecin ou bien hôpital/clinique des premiers soins			
Médecin ou bien hôpital/clinique de la suite du traitement			

INSCRIPTIONS DU MÉDECIN

Note du médecin

A. Prestations selon tarif

Date	N° tarif	N° achat	Nombre	Points tax TARMED AL + TL	Labo	Physio
			Sous-total			

B. Médicaments/Matériel consommation

Quantité	Nature	CHF
	Total médicaments/Matériel consommation	

Diagnostic (partie du corps blessée et nature de la lésion)		CHF
	Total TP TARMED x CHF / PT___ = Total TARMED	
Traitement terminé ○ Oui ○ Non	Total TP liste analyse x CHF / PT___ = Total Labo	
Remarques	Total TP Physio x CHF / PT___ = Total Physio	
	Total médicaments/matériel consommation	
	Montant	

Date	Compte postale ou bancaire

Va a: Médecin des premiers soins → Assureur LAA

UNIBA partners

Mitglied der Swiss Insurance Brokers Association SIBA

ARISCO
RISK CONSULTANTS

DÉCLARATION DE SINISTRE 4/4
Déclaration d'accident LAA bagatelle – Feuille de pharmacie

1. PRENEUR D'ASSURANCE

Nom		Société	
Adresse		N° de police	
Téléphone		N° de sinistre	
E-mail			

2. PERSONNE BLESSÉE

Nom/Prénom		N° AVS	
Adresse		Date de naissance	
NPA/Localité		Sexe	○ F ○ M
Téléphone		E-mail	

3. DATE DE L'ACCIDENT

Date de l'accident _____ Heure _____

Indications pour le blessé/la blessée
La pharmacie vous délivre les médicaments prescrits par le médecin sans en demander le paiement. La présente feuille doit lui être remise. Veuillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie.

Indications pour le pharmacien
A la fin du traitement, mais au plus tard 3 mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette note à l'adresse mentionné ci-dessous. Vous pouvez 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.

INSCRIPTIONS DE LA PHARMACIE

Note de la pharmacie

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

La personne soussignée autorise la compagnie d'assurances à consulter les documents officiels et médicaux, et elle accepte que la compagnie d'assurances transmette les données nécessaires au traitement du sinistre à des tiers ou aux compagnies d'assurances impliquées (coassureurs ou réassureurs) en Suisse et à l'étranger et qu'elle demande à ces dernières les renseignements nécessaires. Le soussigné/la soussignée n'est pas autorisé(e) à reconnaître des droits à des dommages et intérêts sans le consentement de la compagnie.

Date

Timbre de la pharmacie

Compte postale ou bancaire

Va a Blessé/e → Pharmacien → Assureur LAA