

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal	N° de tél.	N° de police LAA
		E-mail	N° de police LAA-C
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél.	Nationalité/Permis
	Pays NPA Domicile	E-mail	Etat civil
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire		
	Rapports de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié au:		
	Horaire de travail du blessé: _____ heures/semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures/semaine Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel <input type="checkbox"/> gain intermédiaire		
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue)		
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		

Personne(s) impliquée(s): _____			
Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui si oui, établi par: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu			
Existe-t-il un protocole d'accident? <input type="checkbox"/> oui, (joindre copie) <input type="checkbox"/> non			
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
8. Accident non prof.	Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)?		
	Le:	Motif d'absence:	
9. Blessure	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée		
Type de lésion: _____			
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)
11. Cas spéciaux	Autre(s) employeur(s): <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Nom et Adresse: _____ <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt la source		
	<input type="checkbox"/> Assurance facultative (employeur/indépendant) <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Travailleur détaché		
	Nom de l'assurance maladie obligatoire (N° de Police): _____		

Lieu e date

Signature du blessé

Timbre et signature de l'employeur

Indications pour l'employeur

Une déclaration d'accident-bagatelle doit être remplie lorsqu'il n'existe **pas d'incapacité de travail** ou lorsque celle-ci ne dure pas plus de **trois jours** (jour de l'accident et les deux jours suivants).

Exceptions: il convient d'utiliser un jeu de formules «Déclaration de sinistre LAA» en lieu et place de la présente déclaration d'accident-bagatelle en cas de - maladie professionnelle, - dommage dentaire, ou - rechute.

Pour toute demande de remboursement de factures déjà payées, nous vous prions de joindre les justificatifs originaux et d'indiquer ci-dessous le numéro de compte postal ou bancaire et le nom du titulaire du compte.

Va à: Helsana

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA, Avanex Assurances SA, Progrès Assurances SA et Sansan Assurances SA.

Déclaration d'accident-bagatelle LAA Double pour l'entreprise

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal	N° de tél.	N° de police LAA
		E-mail	N° de police LAA-C
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)	
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS
	Rue	N° de tél.	Nationalité/Permis
	Pays NPA Domicile	E-mail	Etat civil
3. Engagement	Date d'engagement	Profession exercée	
	Fonction: <input type="checkbox"/> cadre supérieur <input type="checkbox"/> cadre moyen <input type="checkbox"/> employé/travailleur <input type="checkbox"/> apprenti <input type="checkbox"/> stagiaire		
	Rapports de travail: <input type="checkbox"/> contrat de durée indéterminée <input type="checkbox"/> contrat de durée déterminée <input type="checkbox"/> contrat de travail résilié au:		
	Horaire de travail du blessé: _____ heures/semaine Taux d'occupation contractuel: _____ pour cent Horaire de travail dans l'entreprise: _____ heures/semaine Occupation: <input type="checkbox"/> irrégulière <input type="checkbox"/> chômage partiel <input type="checkbox"/> gain intermédiaire		
4. Date de l'accident	Jour Mois Année Heure, minute		
5. Lieu de l'accident	Lieu (nom ou NPA) et endroit (p.ex. atelier, rue)		
6. Faits (description de l'accident)	Activité au moment de l'accident; déroulement de l'accident, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident		
Personne(s) impliquée(s): _____			
Existe-t-il un rapport de police? <input type="checkbox"/> oui si oui, établi par: _____ <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> inconnu			
Existe-t-il un protocole d'accident? <input type="checkbox"/> oui, (joindre copie) <input type="checkbox"/> non			
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit)		
8. Accident non prof.	Quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)?		
	Le:	Motif d'absence:	
9. Blessure	Partie du corps atteinte: _____ <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> indéterminée Type de lésion:		
10. Adresses médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique)		Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique)
11. Cas spéciaux	Autre(s) employeur(s): <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Nom et Adresse: _____ <input type="checkbox"/> Assujetti à l'impôt la source		
	<input type="checkbox"/> Assurance facultative (employeur/indépendant) <input type="checkbox"/> Membre de la famille, associé <input type="checkbox"/> Travailleur détaché		
	Nom de l'assurance maladie obligatoire (N° de Police): _____		

Lieu e date

Signature du blessé

Timbre et signature de l'employeur

Indications pour l'employeur

Une déclaration d'accident-bagatelle doit être remplie lorsqu'il n'existe **pas d'incapacité de travail** ou lorsque celle-ci ne dure pas plus de **trois jours** (jour de l'accident et les deux jours suivants).

Exceptions: il convient d'utiliser un jeu de formules «Déclaration de sinistre LAA» en lieu et place de la présente déclaration d'accident-bagatelle en cas de - maladie professionnelle,
- dommage dentaire, ou
- rechute.

Pour toute demande de remboursement de factures déjà payées, nous vous prions de joindre les justificatifs originaux et d'indiquer ci-dessous le numéro de compte postal ou bancaire et le nom du titulaire du compte.

--

Va à: **Employeur**

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA, AvaneX Assurances SA, Progrès Assurances SA et Sansan Assurances SA.

Feuille de pharmacie LAA

Prière d'inscrire ici le numéro de sinistre →

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec n° postal	N° de tél.	N° de police LAA	
		E-mail	N° de police LAA-C	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise)		
2. Blessé	Nom et prénom	Date de naissance	N° AVS	
	Rue	N° de tél.	Nationalité/Permis	
	Pays NPA Domicile	E-mail	Etat civil	
4. Date de l'accident	Jour	Mois	Année	Heure, minute

Indications pour le blessé

Lorsqu'Helsana a garanti la prise en charge des frais de traitement, la pharmacie vous délivre les médicaments prescrits par le médecin sans en demander le paiement.

Veillez vous procurer tous les médicaments à la même pharmacie. La présente feuille doit lui être remise. Nous vous prions d'inscrire ci-dessus le numéro de sinistre qui figure dans toute notre correspondance ou de le faire inscrire à la pharmacie.

Indications pour le pharmacien

Helsana avise le blessé lorsqu'elle prend en charge les frais de traitement. Veuillez demander à prendre connaissance de cet avis, qui constitue aussi pour vous une garantie de paiement, et reporter le numéro de sinistre qui y figure sur la présente feuille de pharmacie.

Facture de la pharmacie

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

A la fin du traitement, mais au plus tard trois mois après la date de l'accident, veuillez envoyer cette facture à Helsana.

Vous pouvez demander à **Helsana** une nouvelle feuille de pharmacie en indiquant le numéro de sinistre si

- la place pour inscrire les médicaments n'est pas suffisante,
- des médicaments doivent être délivrés après l'écoulement des trois mois.

Date:

Timbre de la pharmacie:

N° de compte postal ou bancaire:

Si le décompte se fait par l'OFAC:

Va à: blessé → pharmacie → Helsana

Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA, Helsana Accidents SA, Avanex Assurances SA, Progrès Assurances SA et Sansan Assurances SA.

Vous trouverez un déclaration de sinistre en ligne sur www.helsana.ch

Helsana Accidents SA
Prestations Entreprises
Av. de Provence 15
Case postale 839
1001 Lausanne