

**Sympany Assurances SA**

Peter Merian-Weg 4
4002 Bâle
Téléphone 0800 955 000
Fax 0800 955 999
www.sympany.ch

Déclaration d'accident-bagatelle LAA

N° de sinistre

1. Employeur	Nom et adresse avec N° postal _____ _____ _____	Tél. _____ Interlocuteur (nom, tél., e-mail) _____ Place de travail habituelle du blessé (secteur d'entreprise) _____	N° de contrat/de police _____
2. Blessé	Nom et adresse avec N° postal _____ _____ _____ <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance _____ Nationalité _____	N° AS/N° AVS _____ Etat civil _____
3. Engagement	Date d'engagement _____ Fonction: <input type="checkbox"/> Cadre supérieur <input type="checkbox"/> Cadre moyen <input type="checkbox"/> Employé/travailleur <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire Horaire de travail du blessé (heures par semaine): _____	Profession exercée _____	Groupes/cercles de personnes _____
4. Date du sinistre	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, personnes impliquées, objets, véhicules ayant joué un rôle dans l'accident _____ _____ Personne(s) impliquée(s): _____		
7. Accident professionnel	Equipements de travail utilisés (veuillez préciser le type de machine, outil, véhicule, substance dont il s'agit) _____		
8. Accident non professionnel	Jusqu'à quand le blessé a-t-il travaillé pour la dernière fois dans l'entreprise avant l'accident (jour, date, heure)? Jusqu'à: _____ Motif d'absence: _____		
9. Blessure	Partie du corps: _____ <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit	Lésion: _____	
10. Adresse médecins	Premiers soins par (médecin, hôpital, clinique) _____ _____	Suite du traitement par (médecin, hôpital, clinique) _____ _____	
	Lieu et date _____	Timbre et signature _____	

Indications pour l'employeur

Cette déclaration d'accident-bagatelle doit être remplie lorsqu'il n'existe pas d'incapacité de travail ou celle-ci est de 3 jours au plus l'accident et les 2 jours suivants).

Exceptions Il convient d'utiliser un jeu de formules blanc 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, prière d'indiquer ci-dessous le numéro de CPP ou de compte bancaire de l'intéressé.

Compte bancaire: _____



