

Déclaration d'accident
LAA

Assureur-Accidents: <input type="checkbox"/> Groupe Mutuel Assurances GMA SA <input type="checkbox"/> Mutuel Assurances SA			
1. Employeur		N° tél.: _____ N° de police: _____	
		Place de travail habituelle du blessé (secteur/Unité Administrative): _____	
2. Blessé	Nom et prénom: _____ <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance: _____	N° AVS: _____
	Rue: _____	Etat civil: _____	Nationalité: _____
	NPA: _____	N° tél. du blessé: _____	Profession exercée: _____
	Domicile: _____	Email: _____	