

Déclaration d'accident-bagatelle

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	Date de naissance:	N° AVS:
	<input type="checkbox"/> F			
	Rue:		Etat civil:	Nationalité:
	NPA:		N° tél. du blessé:	Profession exercée:
	Domicile:		Email:	