



C^{IE} D'ASSURANCE



CONTRAT N°

sinistre n°

Employeur

nom de société direction
 rue poste de travail habituel du blessé (secteur d'entreprise)
 NP/localité
 fax

Blessé/assuré

nom né(e) le état civil
 prénom n° AVS
 rue
 NP/localité

Date de l'accident

lieu de l'accident

Indications pour le pharmacien

L'assurance 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 figure sur la feuille de pharmacie.

Indications pour le blessé

Lorsque l'assurance 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. Veuillez 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 contrat qui figure dans toute notre correspondance ou de le faire inscrire par la pharmacie.

Note de pharmacie

date de remise des médicaments	nature et quantité	prix	
		Fr.	Ct.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
total		<input type="text"/>	<input type="text"/>

merci de joindre les ordonnances

A la fin du traitement - mais au plus tard 3 mois après la date de l'accident - veuillez envoyer cette note à la direction compétente.

Vous pouvez demander à la compagnie d'assurance une nouvelle feuille de pharmacie en indiquant le numéro de sinistre si :

- l'espace pour inscrire les médicaments est insuffisant
- après une période de 3 mois, d'autres médicaments sont nécessaires.

Lieu et date

Timbre de la pharmacie

