



Nom : ..... N° AVS : .....  
Prénom : ..... Date de l'accident : .....

1. L'événement s'est-il déroulé pendant l'activité professionnelle ou non professionnelle?  
.....

2. a) Avez-vous un deuxième employeur? Oui  Non   
Si oui, veuillez nous indiquer le nom et l'adresse de celui-ci, ainsi que la profession exercée :  
.....  
.....

2. b) Combien d'heures de travail par semaine exercez-vous auprès de cet employeur?  
.....

2. c) Quand et à quelle heure avez-vous travaillé la dernière fois chez ce 2<sup>ème</sup> employeur avant l'événement?

Date : ..... Heure exacte : .....

3. a) Exercez-vous également une activité indépendante? Oui  Non   
Si oui, quelle profession exercez-vous?  
.....

3. b) Avez-vous une assurance-accidents pour cette activité? Oui  Non   
Nom, adresse et N° de police :  
.....  
.....

4. Recevez-vous des prestations d'une caisse de chômage ou d'une autre institution? Oui  Non   
Si oui, depuis quand? .....  
Auprès de qui (nom et adresse)? .....

*Nous vous prions de nous adresser une copie du dernier décompte!*

5. Nom et adresse de votre assurance-maladie :  
.....  
.....

6. N° de téléphone privé où l'on peut vous contacter la journée :  
.....

Lieu et date

Signature

Merci de nous retourner ce document, dûment rempli par le blessé, et d'y joindre les pièces suivantes :

- la déclaration d'accident
- la copie du contrat d'engagement
- les décomptes de salaires depuis le début de la saison
- les fiches de présence depuis le début de la saison