

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 son nom et adresse 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