

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^{ème} 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
- les décomptes de salaires depuis le début de la saison
- la copie du contrat d'engagement
- les fiches de présence depuis le début de la saison