

Formulaire en cas d'accident non professionnel

Ce formulaire doit être rempli dans son intégralité par la personne blessée. Vous pouvez remplir ce formulaire sur votre ordinateur avant de l'imprimer et de le signer. Si vous décidez de le remplir à la main, veuillez utiliser des **LETTRES CAPITALES**.

Informations concernant la personne blessée

Prénom

Nom

Adresse de correspondance actuelle

Date de naissance / /

Adresse e-mail

Nom et prénom du membre du personnel

Numéro de référence du membre du personnel

Numéro de police de santé (si connu)

Détails de l'accident

L'accident a-t-il eu lieu lors de l'exercice des fonctions professionnelles ? Oui Non

Date de l'accident / /

Emplacement géographique de l'accident

Description détaillée des circonstances

Nom(s) et coordonnées du (des) témoin(s) potentiel(s)

Tiers

Un tiers était-il impliqué dans l'accident ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes relatives à la tierce personne

Nom complet

Nom de l'assureur

Numéro de police

