

Assurance-chômage

Annonce d'accident pendant le chômage

Nom

Prénom

N° AVS

756

Date de naissance

J

J

M

M

A

A

A

A

Veuillez envoyer ce formulaire à votre caisse de chômage.

1 S'agit-il d'une rechute ?

☐ non

☐ oui, date de rechute :

le

J

J

M

M

A

A

A

A

N° de sinistre initial

2 Quand l'accident s'est-il produit ?
(En cas de rechute, indiquer la date initiale)

Date du sinistre

J

J

M

M

A

A

A

A

Heure

H

H

M

M

3 Où l'accident a-t-il eu lieu ?
Veuillez indiquer le lieu et l'endroit exacts.

Lieu de l'accident

4 Comment l'accident s'est-il produit ?
Description de l'activité au moment de l'accident et de son déroulement.

Description de l'accident

5 Quels objets tels que machines, appareils, véhicules et produits étaient impliqués ?

Objets impliqués

6 D'autres personnes étaient-elles impliquées dans l'accident ?

☐ non

☐ oui

☐ inconnu

7 Existe-t-il un rapport de police ?

☐ non

☐ oui

☐ inconnu



8 Quelle(s) blessure(s) avez-vous subie(s) ?
Parties du corps concernées et nature de la lésion pour chaque partie du corps.

Partie du corps concernée

Nature de la lésion

Partie du corps concernée

Nature de la lésion

Partie du corps concernée

Nature de la lésion

☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminé

☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminé

☐ gauche ☐ droite ☐ indéterminé

Incapacité de travail

9 Êtes-vous ou avez-vous été en incapacité de travail ?

☐ non ☐ oui, depuis

Date

J J M M A A A A

à % d'incapacité

Veuillez joindre les certificats médicaux.

10 Êtes-vous à nouveau apte à travailler ?

☐ non ☐ oui, dès le

Date

J J M M A A A A

à % de capacité

Veuillez joindre les certificats médicaux. (si existants)

Adresses des médecins

11 Chez quels médecins et dans quels établissements de santé a eu lieu votre traitement ?
(Cabinet médical, hôpital, clinique etc.)

Premiers soins par :

Médecin et établissement de santé (nom, adresse)

Suite du traitement par :

Médecin et établissement de santé (nom, adresse)

Accident professionnel

12 Avez-vous subi l'accident en participant à une mesure du marché du travail ou sur le chemin de l'aller/du retour ?

☐ non ☐ oui, où ?

Nom de la mesure et de l'organisateur

Gain intermédiaire

13 Avez-vous réalisé ou aviez-vous prévu un gain intermédiaire le jour de l'accident ?

☐ non ☐ oui, chez

Employeur (nom, adresse)

Autres prestations d'assurances sociales

14 Recevez-vous une indemnité journalière ou une rente, ou avez-vous déposé une demande en ce sens ?

☐ non ☐ oui, laquelle ?

Type de prestation, type d'assurance

Assurance perte de gains en cas de maladie, assurance-accident/Suva, assurance militaire, assurance-invalidité, prévoyance professionnelle/caisse de pension, AVS, APG y.c. allocations de maternité et allocations à l'autre parent, assurance étrangère

Lieu

Date

J J M M A A A A

Signature