

UNITE DES RISQUES PROFESSIONNELS

ACCIDENT DU TRAVAIL

B.P. 374 – COTONOU –

Notre référence :

Autre Référence :

Assuré :

Objet :

N° d'immatriculation

Questionnaire assuré " Effort "

Employeur :

Dossier n° :

M _____

Comme suite à l'accident dont vous déclarez avoir été victime le _____, nous vous serions obligés de bien vouloir répondre très exactement au questionnaire ci-dessous et nous le retourner d'urgence, après l'avoir certifié exact et signé.

<u>DEMANDES</u>	<u>REPONSES</u>
1°) Date et heure de l'accident : 2°) Quel était le travail effectué au moment de l'accident ? 3°) S'agit-il de votre travail habituel ? 4°) Précisez exactement ce qui s'est passé : Faux mouvement, ^{ou} glissade ou chute ? 5°) S'il s'agit d'un effort exceptionnel ? Quelle est son importance ? 6°) vous êtes –vous plaint immédiatement ? 7°) A qui ? 8°) Nom et adresse des personnes ayant ^{ou} L'accident se produire : 9°) Qu'avez –vous ressenti ? Précisez le siège exact de la douleur ? 10°) Avez-vous continué votre travail ? Pendant combien de temps ?	

11°) A quelle date et à quelle heure avez-vous
cessé complètement votre travail ?
12°) Avez –vous repris votre travail ?
Le cas échéant à quelle date ?

Date _____

Signature :

Nous vous prions d'agréer, M _____, l'expression de nos sentiments distingués.

LE RESPONSABLE DES RISQUES PROFESSIONNELS

Nous vous précisons que toutes correspondances bénéficient de la franchise postale. /.