

L'employeur / Le capitaine / Le patron

je soussigné(e) : _____
fonction : _____
embarqué(e) sur¹ : _____ immatriculé : _ _ _ _ _
armé à : _____ genre de navigation : _____
n° armateur : _____ n° SIRET : _____
nom de l'armement : _____
adresse : _____
tél. : _____
courriel : _____

acceptez-vous d'être contacté(e) par courriel ? oui non

armement assujetti à la prise en charge des salaires et soins du marin dans le mois qui suit le débarquement : oui non

La victime

déclare que Mme/M. : _____ n° marin : _____
embarqué(e)/employé(e) en qualité de : _____
numéro de sécurité sociale : _____

indemnité de nourriture prévue au contrat d'engagement maritime : oui non

Les informations relatives à l'évènement

précisez l'évènement : accident à bord accident de trajet maladie déclarée à bord

lieu : _____ heure : _____ date : _____
date de débarquement : _____ en cas de décès à bord, date du décès : _____

indiquer le siège et la nature des lésions (troubles, maladie, symptômes, blessures) :

décrire avec précision les circonstances de la survenue de la maladie, de l'accident ou du décès :

noms, prénoms et fonctions des témoins dans le cas d'accident ou de contamination :

nom du médecin ou de l'établissement qui a soigné l'intéressé : _____

éventuelles réserves motivées (joignez si besoin une lettre d'accompagnement) :

fait à : _____ signature : _____

le : _____

¹ Les rubriques 'navire' sont complétées par le nom/site des écoles, ou base à terre le cas échéant.