

## Formulaire pour la décision d'attribution

### Informations sur l'entreprise

Nom de l'employeur:	<input type="text"/>
Adresse de l'employeur:	<input type="text"/>
Activité de l'employeur:	<input type="text"/>
Téléphone de l'employeur:	<input type="text"/>
Email de l'employeur:	<input type="text"/>

### Ancien assureur LAA et date d'annulation (si disponible)

Assureur:	<input type="text"/>
Date d'annulation:	<input type="text"/>

### Demande effectuée pour:

Moi-même	<input type="checkbox"/>	mes clients	<input type="checkbox"/> (joindre la procuration)
----------	--------------------------	-------------	---

### Indiquer au moins trois assureurs LAA qui ont refusé d'accorder la couverture.

Assureur (nom, motif)	<input type="text"/>
Assureur (nom, motif)	<input type="text"/>
Assureur (nom, motif)	<input type="text"/>

### Somme de salaires annuelle (selon déclaration de salaire AVS)

Année	Hommes		Femmes	
	AP	ANP	AP	ANP
2024	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2023	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2022	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2021	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2020	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Si forme juridique Sàrl ou SA:

L'entreprise emploie-t-elle du personnel en plus des personnes autorisées à signer selon le registre du commerce?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	--

### Lieu, date

### Signature avec timbre de l'entreprise

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------