



QUESTIONNAIRE
- ACCIDENT -

Visa de la Structure

PARTIE
RESERVEE A LA CAISSE

ASSURÉ SOCIAL :

N° Immatriculation

Nom :

Prénom :

Né(e) le : à :

Profession :

Adresse :

Nom et adresse de l'employeur :

VICTIME :

(1) ☐ Assuré ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐ Ascendant

Nom et Prénom :

Né(e) le : à :

ACCIDENT :

Date et heure de l'accident : à :

L'accident s'est t'il produit :

- pendant ou à l'occasion du travail ? ⁽¹⁾ ☐ OUI ☐ NON
- Durant le trajet aller ou retour du domicile au lieu de travail ? ⁽¹⁾ ☐ OUI ☐ NON

Nature des blessures :

Causes et circonstances de l'accident :

En cas d'accident de la circulation, indiquer si la victime était transportée par un véhicule : ⁽¹⁾

☐ OUI ☐ NON

Si OUI, indiquer le type de transport utilisé : ⁽¹⁾ ☐ Commun ☐ Particulier

et le type de véhicule (marque et numéro d'immatriculation) :

Appartenant à :

Adresse :

Nom de l'assurance :

Agence : Code : N°de police :

La victime s'y trouvait elle en qualité de : ⁽¹⁾ ☐ passager payant ☐ passager gracieux

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

<div>PARTIE RESERVEE A LA CAISSE</div>	<div>ACCIDENT AUTRE QU'ACCIDENT DE LA CIRCULATION : (Agression, cas fortuit...)</div> <div>Auteur :</div> <div>Nom et Prénom :</div> <div>Nom de l'assurance :</div> <div>Agence : Code : N°de police :</div> <div>Quels sont les témoins de l'accident (nom, prénom et adresse) :</div> <div>Y a t'il eu un rapport de police ou de gendarmerie ?⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</div> <div>Etabli par qui ?</div> <div>Avez vous déposé une plainte ? ⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</div> <div>Si OUI, auprès de qui ?</div> <div>La victime bénéficie t'elle d'une assurance personnelle contre les accidents?⁽¹⁾ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</div> <div>Si OUI, donner :</div> <div>Nom de l'assurance :</div> <div>Agence : Code : N°de police :</div>
--	--

Je soussigné, certifie sincères et exactes les indications sus-mentionnées, je certifie n’avoir reçu aucune indemnité à l’occasion de l’accident déclaré ci-dessus et m’engage à prévenir la caisse par lettre recommandée dans les délais légaux, de toute action judiciaire dont je pourrais être objet ou que j’entreprendrais.

Je déclare en outre n’avoir accepté, à la date de la signature du présent questionnaire, d’arrangement amiable avec quiconque et m’engage à ne conclure aucun accord avec le ou les tiers responsables ou leurs représentants (compagnies d’assurances) sans demander au préalable par lettre recommandée, l’accord de la caisse et sous peine de perdre mes droits au bénéfice des prestations ou, si elles m’ont été déjà versées de m’en voir réclamer le montant.

Fait à , le

Signature,
(Précédée de la mention Lu et Approuvé

(1) Mettre une croix dans la case correspondante.

PLAN SOMMAIRE DES LIEUX DE L'ACCIDENT