

## QUESTIONNAIRE

### Accidents de service ou du travail sur la voie publique

(Le questionnaire est à remplir soigneusement par l'agent victime d'un accident de trajet et doit être renvoyé au service gestionnaire du dossier dans les meilleurs délais.)

Nom de naissance : ..... Nom d'épouse : .....  
Prénoms : .....

Adresse personnelle : .....

Code postal | | | | | Ville.....

Téléphone (facultatif) : | | | | | ou | | | | |

N° Compte chèque (n° IBAN complet) : ..... Banque : .....

Corps discipline fonction (en toutes lettres) : .....

Nom et adresse du lieu d'affectation : .....

Code postal | | | | | Ville.....

#### NATURE DE LA BLESSURE :

**Siège des lésions** (en cas de localisation multiple, cocher la case correspondant au siège de la lésion principale, à partir de trois lésions cocher en plus « lésions multiples ») :

<input type="checkbox"/> <b>Tête</b>	<input type="checkbox"/> <b>Visage</b>	<input type="checkbox"/> <b>Yeux</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dent(s)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Membre supérieur</b> (sauf main) : épaule, bras, coude, avant bras, poignet	<input type="checkbox"/> <b>Membre inférieur</b> (sauf pied) : hanche, cuisse, genou, jambe, cheville	<input type="checkbox"/> <b>Tronc</b> : cou, colonne vertébrale, thorax, bassin, abdomen	<input type="checkbox"/> <b>Autre lésion</b>
<input type="checkbox"/> <b>Main</b> : pouce, autre doigt	<input type="checkbox"/> <b>Pied</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lésions multiples</b>	<input type="checkbox"/> .....

**Nature des lésions** (cocher la case correspondant à la lésion principale) :

<input type="checkbox"/> affection respiratoire	<input type="checkbox"/> dermatite	<input type="checkbox"/> gelure	<input type="checkbox"/> luxation
<input type="checkbox"/> amputation	<input type="checkbox"/> douleur	<input type="checkbox"/> hernie	<input type="checkbox"/> plaie-piqûre
<input type="checkbox"/> asphyxie	<input type="checkbox"/> écrasement	<input type="checkbox"/> inflammation	<input type="checkbox"/> traumatisme interne
<input type="checkbox"/> brûlure	<input type="checkbox"/> eczéma	<input type="checkbox"/> intoxication	<input type="checkbox"/> traumatisme psychologique
<input type="checkbox"/> cervicalgie	<input type="checkbox"/> électrisation / électrocution	<input type="checkbox"/> lésion ligamentaire ou musculaire	<input type="checkbox"/> trouble auditif
<input type="checkbox"/> commotion	<input type="checkbox"/> entorse	<input type="checkbox"/> lésion psychologique	<input type="checkbox"/> trouble sensoriel
<input type="checkbox"/> contusion	<input type="checkbox"/> état anxio-dépressif	<input type="checkbox"/> lésion neurologique	<input type="checkbox"/> trouble visuel
<input type="checkbox"/> corps étranger	<input type="checkbox"/> fracture	<input type="checkbox"/> lumbago et sciatique	<input type="checkbox"/> lésions multiples
<input type="checkbox"/> autres : .....			

Le blessé a-t-il été hospitalisé ?  OUI  NON - Si oui, où ? : .....

#### L'ACCIDENT :

Date : | | | | | | | | | Heure : | | | h | | | Lieu : .....

Pendant votre travail ?  OUI  NON Trajet aller ?  OUI  NON Trajet retour ?  OUI  NON

Indiquer, s'il y a lieu, détour ou interruption du trajet direct : .....

Expliquer, de façon précise comment l'accident est arrivé : .....

Qui, d'après vous, est responsable ? (Nom et prénom du responsable et compagnie d'assurances) : .....

Pourquoi ? : .....

Un procès-verbal de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ?  OUI  NON Par qui ? : .....

Un constat amiable a-t-il été établi ?  OUI  NON L'accident a-t-il eu des témoins ?  OUI  NON

(Joindre une copie du procès-verbal ou du constat amiable).

Avez-vous porté plainte ?  OUI  NON Avez-vous l'intention de poursuivre le responsable ?  OUI  NON

Nom et adresse des témoins : .....

Nom et adresse de l'avocat ou de l'homme d'affaires choisi par vous : .....

**Très important** : il est interdit par la loi de comprendre les prestations servies au titre des A.T. dans la demande que vous présenterez au responsable. Vous êtes invité à nous informer de toute réclamation ou action engagée par vous à cette occasion.

Nom et prénom de la victime : .....

Fait à ....., le | | | | |

**Signature de la victime :**

**ACCIDENT DE LA VOIE PUBLIQUE**

Si le blessé a été victime d'un accident alors qu'il était transporté par un véhicule, prière d'indiquer s'il s'agit :

d'un transport en commun.....Lequel ?.....

d'un véhicule particulier.....Lequel ?.....

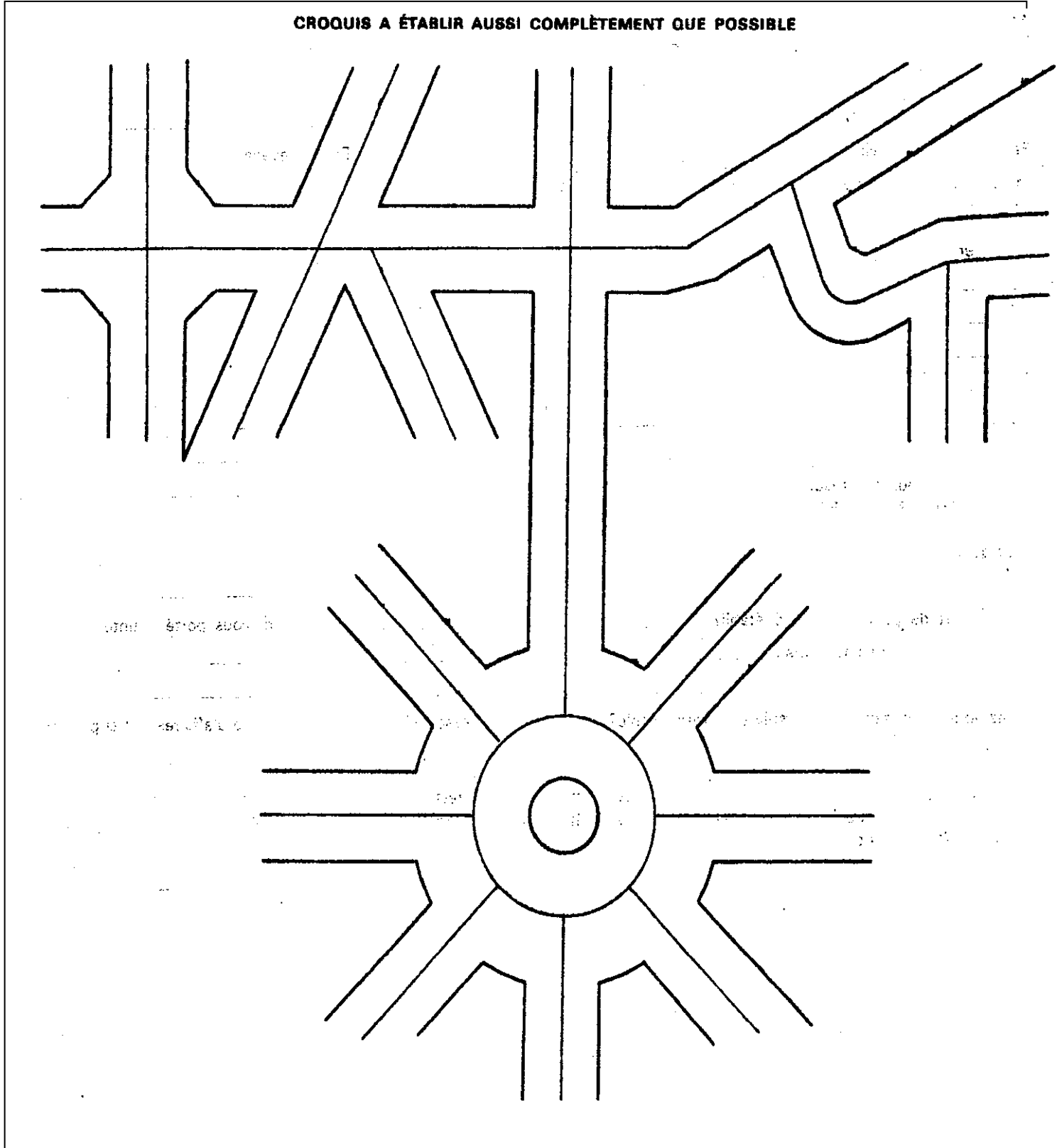
appartenant à .....

En qualité de passager (1)     payant     gratuit

Compagnie d'assurance du propriétaire du véhicule : .....

.....

**CROQUIS A ÉTABLIR AUSSI COMPLÈTEMENT QUE POSSIBLE**



**(Joindre à ce questionnaire une carte ou un plan du trajet détaillé suivi le jour de l'accident (cf MAPPY – Guide MICHELIN).**