

Questionnaire sur les accidents de trajet

Le questionnaire est à remplir soigneusement par l'enseignant victime d'accident
et doit être renvoyé dans les meilleurs délais à :

*Direction des services
départementaux de l'Education
nationale de l'Ardèche
Service SMEP-1D
Accidents de service
Place André Malraux – BP 627
07006 Privas CEDEX*

N° de sécurité sociale

Nom et prénom : _____

Adresse personnelle : _____

Nom et adresse de l'école :

Nature de la blessure : _____

Le blessé a-t-il été hospitalisé ? : OUI NON

Si OUI, où ? _____

ACCIDENT : Date : _____ Heure : _____ Lieu : _____

L'accident s'est-il produit ? En y allant ? En revenant ?

Indiquer s'il y a eu détour ou interruption du trajet direct :

Expliquer de façon précise comment l'accident est arrivé **(joindre copie du trajet sur une carte routière + copie du constat d'accident le cas échéant)**

Qui d'après vous est responsable ?

Pourquoi ?

Nom et adresse complète de votre compagnie d'assurance :

Votre numéro de police d'assurance : _____

Nom et adresse complète de la compagnie d'assurance du tiers responsable (le cas échéant) :

Un rapport de police a-t-il été établi ? _____ Par qui _____ Avez-vous porté plainte ? _____

Nom et adresse des témoins :

Avez-vous l'intention de poursuivre le responsable ? _____

Nom et adresse de l'avocat ou de l'homme d'affaires choisi par vous ou désigné de votre assurance ?

Très important : Il est interdit par la loi d'intégrer les prestations servies au titre des accidents de service dans la demande que vous présenterez au responsable. Vous êtes invité à m'informer de toute réclamation ou action engagée par vous à cette occasion.

A....., le.....

Signature de l'enseignant :