

Désignation du service liquidateur des prestations	
---	--

QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est à remplir soigneusement par l'agent victime d'accident et doit être renvoyé dans les meilleurs délais au service liquidateur des prestations.

Nom, prénoms _____
(en lettres majuscules)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse _____ N° compte chèque ou bancaire : _____
Intitulé du compte : _____

Nom et adresse du service : _____

Nature de la blessure : _____

Le blessé a-t-il été hospitalisé ? _____ Où ? _____

ACCIDENT : Date : _____ Heure : _____ Lieu : _____

Pendant votre travail ? _____ En y allant ? _____ En en revenant ? _____

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

Expliquer de façon précise comment l'accident est arrivé : _____

Qui d'après vous est responsable ? _____
(Nom, prénoms et adresse Compagnie d'Assurance)

Pourquoi ? _____

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 : _____

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

A _____, le _____
Signature :

POUR LES ACCIDENTS DE VOIE PUBLIQUE, VOIR AU VERSO

ACCIDENTS 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 ? _____

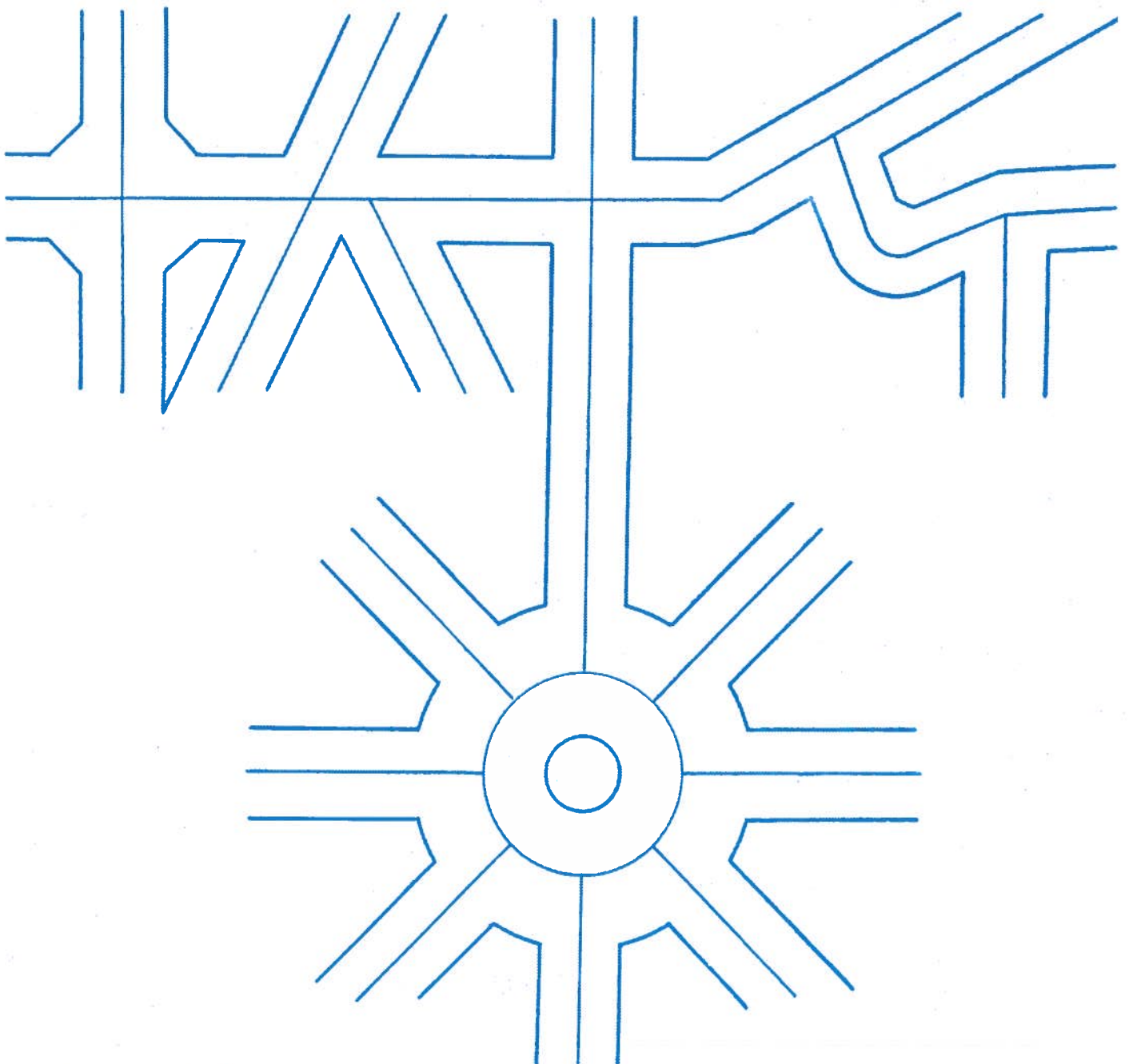
d'un véhicule particulier _____ Lequel ? _____

appartenant à _____

En qualité de passager payant (1), gratuit (1) _____

Compagnie d'assurance du propriétaire du véhicule : _____

CROQUIS A ÉTABLIR AUSSI COMPLÈTEMENT QUE POSSIBLE



(1) Rayer la mention inutile