

Service Juridique

Pour tout renseignement, contacter
le service Juridique :

- Tél. 01 44 90 13 59
- Fax 01 44 90 13 57
- Formulaire de contact accessible
sur notre site Internet www.crpcen.fr

QUESTIONNAIRE ACCIDENT



QUESTIONNAIRE ACCIDENT À RETOURNER REMPLI, DATÉ ET SIGNÉ AU SERVICE JURIDIQUE DE LA CRPCEN

Renseignements sur l'assuré

N° INSEE Madame Monsieur

Nom et prénom (en capitales)

Adresse N° Voie

Code postal Ville

Téléphone (obligatoire) / / / / Portable / / / /

Courriel (en capitales) @

Identité de la victime

Madame Monsieur

Nom et prénom (en capitales)

Date de naissance / /

Qualité : Assuré Conjoint Enfant Autre ayant droit

Date / Heure / Lieu / Circonstances de l'accident

Date de l'accident / / Heure de l'accident h

Lieu de l'accident

Circonstances de l'accident

Employeur au moment de l'accident

Nom de l'employeur

Adresse de l'employeur

Horaire de travail au moment de l'accident

L'accident est survenu : Pendant le travail
 Au cours d'un déplacement pour l'étude
 Sur le trajet domicile-travail ou travail-domicile

Nature de l'accident

Circulation Agression Scolaire Sportif Autre (préciser)

Responsabilité

À qui incombent selon vous les responsabilités

Pour quelles raisons

Un rapport de police a-t-il été établi Oui Non

Un constat amiable a-t-il été établi entre les parties Oui Non

Avez-vous porté plainte Oui Non

Avez-vous pris un avocat Oui Non

Si oui, nom et adresse

Le blessé était-il passager d'un véhicule Oui Non

Si oui, nom et adresse du conducteur

Coordonnées de sa compagnie d'assurances (nom et adresse)

N° de police (obligatoire)

N° de sinistre

Tiers en cause

Nom et prénom (en capitales)

Nom et adresse du civilement responsable

Nom et adresse de sa compagnie d'assurances

N° de police (obligatoire)

N° de sinistre

Conséquences de l'accident pour la victime

Nature et siège des blessures

Hospitalisation

Oui Non

N° d'entrée

Dans quel établissement

Dates d'hospitalisation

du / / au / /

du / / au / /

Consultation

Généraliste Spécialiste Soins externes à l'hôpital

Interruption de travail

Oui Non

Si oui, dates d'interruption

/ / et de reprise / /

/ / et de reprise / /

Les soins sont-ils terminés

Oui - Depuis quelle date

/ /

Non - Durée probable

**Si un certificat médical de constatations de blessures a été délivré,
joindre une photocopie**

L'Assuré déclare n'avoir reçu aucune indemnité du responsable de l'accident ou de son assureur et est informé que toute déclaration inexacte fera l'objet de poursuites pénales. Certifie exactes et sincères les déclarations ci dessus.

Fait à

Le

/ /

Signature