

Service liquidateur du dossier d'accident du travail :  
**INSPECTION ACADÉMIQUE DE LA SEINE-MARITIME - DASEPE**  
5, Place des Faïenciers - 76037 Rouen Cedex  
Tél. : 02 32 08 98 75 - Télécopie : 02 32 08 98 82

**- QUESTIONNAIRE -**

*Le présent questionnaire est à remplir soigneusement **par l'agent victime d'un accident de trajet** et doit être renvoyé dans les meilleurs délais au service liquidateur du dossier « Accident de travail ».*

NOM et Prénoms : (en lettres majuscules) \_\_\_\_\_

N° de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ N° NUMEN : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° Compte chèque : (N° complet y compris code clé) \_\_\_\_\_

Banque : \_\_\_\_\_ Agence : \_\_\_\_\_

Nom et adresse du service : \_\_\_\_\_

Nature de la blessure : \_\_\_\_\_

Le blessé a-t-il été hospitalisé ? oui  - non  - Si oui : Où ? : \_\_\_\_\_

ACCIDENT : Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Pendant votre travail ? oui  - non  - En y allant ? oui  - non  - En y revenant ? 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, prénom du responsable et compagnie d'assurances) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Pourquoi ? \_\_\_\_\_

Un rapport de Police ou de Gendarmerie a-t-il été établi ? : oui  - non  - Par qui ? : \_\_\_\_\_

Avez-vous porté plainte ? : oui  - non  - Nom et adresse des témoins : \_\_\_\_\_

Avez-vous l'intention de poursuivre le responsable ? oui  - non  - Si oui, 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 accidents du travail 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,

**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 : oui  - non  Lequel ? : \_\_\_\_\_

- d'un véhicule particulier : oui  - non  Lequel ? : \_\_\_\_\_

Appartenant à : \_\_\_\_\_

En qualité de : passager payant  - passager gratuit  - propriétaire

Compagnie d'assurance du véhicule : \_\_\_\_\_ N° de Sociétaire : \_\_\_\_\_

**CROQUIS A REMPLIR AU VERSO →**

CROQUIS A REMPLIR AUSSI COMPLÈTEMENT QUE POSSIBLE  
Important : Joindre une photocopie du constat amiable, de Police ou de Gendarmerie

