

Nos référence: - (Service accident de travail)

Déclaration d'accident sur le chemin du/vers le travail

Pouvez-vous répondre aussi précisément que possible aux questions ci-dessous?

Je soussigné, _____,
habitant à _____,
déclare avoir été la victime d'un accident de/vers le travail
dans les circonstances suivantes:

Date et heure de l'accident: ____ / ____ / ____ à ____ h ____

Je me déplaçais:

- ☐ à pied
 - ☐ en vélo/vélo électrique (plaque d'immatriculation): _____
 - ☐ avec mon véhicule: auto / moto / autres: _____;
plaque d'immatriculation: _____
 - ☐ avec mon véhicule de société;
plaque d'immatriculation: _____
 - ☐ comme passager d'un autre véhicule;
plaque d'immatriculation: _____
 - ☐ via carpooling; plaque d'immatriculation: _____
 - ☐ comme passager d'un bus / métro / train / tram;
numéro de ligne: _____
- Faites-nous parvenir une copie de la plainte déposée à la
société de transport.

Raison du déplacement: ☐ pour des raisons privées: _____
☐ pour me déplacer vers mon travail
☐ pour revenir de mon travail
☐ entre deux clients
☐ entre deux différents employeurs

A- Le jour de l'accident j'ai démarré à (adresse complète)

B- Je me dirigeais vers (adresse complète)

C- Indication des rues principales en cours de route:

D- L'accident a eu lieu: ☐ sur la voie publique ☐ autres
Précisez-nous (adresse complète):

Circonstances de l'accident (description des circonstances,
indication des noms de rue):

1/2

Où étiez-vous au moment de l'accident?

- Lieu de l'accident ? _____
- Place dans le véhicule? _____

A la suite de l'accident:

- ☐ un constat d'accident a été établi.
Transmettez-nous une copie
- ☐ un procès verbal a été rédigé avec le numéro:
____/____/____ / 20____
Transmettez-nous une copie de la première audition
- ☐ il n'y a pas de témoin de l'accident
- ☐ il y a un (des) témoin(s) de l'accident. Le(s) témoin(s)
(n'est) (ne sont) pas* (un)(des) membre(s) de ma famille.
Nom - prénom - adresse complète - tel/gsm

Les coordonnées de la partie adverse de l'accident:

(nom-prénom-adresse complète)

(plaque d'immatriculation)

(compagnie d'assurance)

(numéro de police)

Mon lieu de résidence se situe à _____ km(s) de mon lieu de travail. Je parcours ce trajet dans des circonstances normales en _____ h _____ (indiquer le temps) avec le moyen de transport susmentionné.

J'ai quitté mon lieu de résidence/ mon lieu* de travail à _____ h _____.

Mon horaire de travail le jour de l'accident était le suivant:
de _____ h à _____ h et de _____ h à _____ h

J'ai averti mon employeur le ____/____/____ à ____ h ____,
☐ oralement ☐ par téléphone ☐ par mail

Les premiers soins et/ou la constatation des lésions ont été dispensés par:
☐ docteur:

(nom et adresse complète)

☐ l'hôpital:

(nom et adresse complète)

☐ Avez-vous déjà repris le travail? Si oui, quand? ____/____/____

Fait à _____ le ____/____/____
Signature

- ☐ cocher ce qui est d'application
* barrer ce qui n'est pas d'application