

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? _____

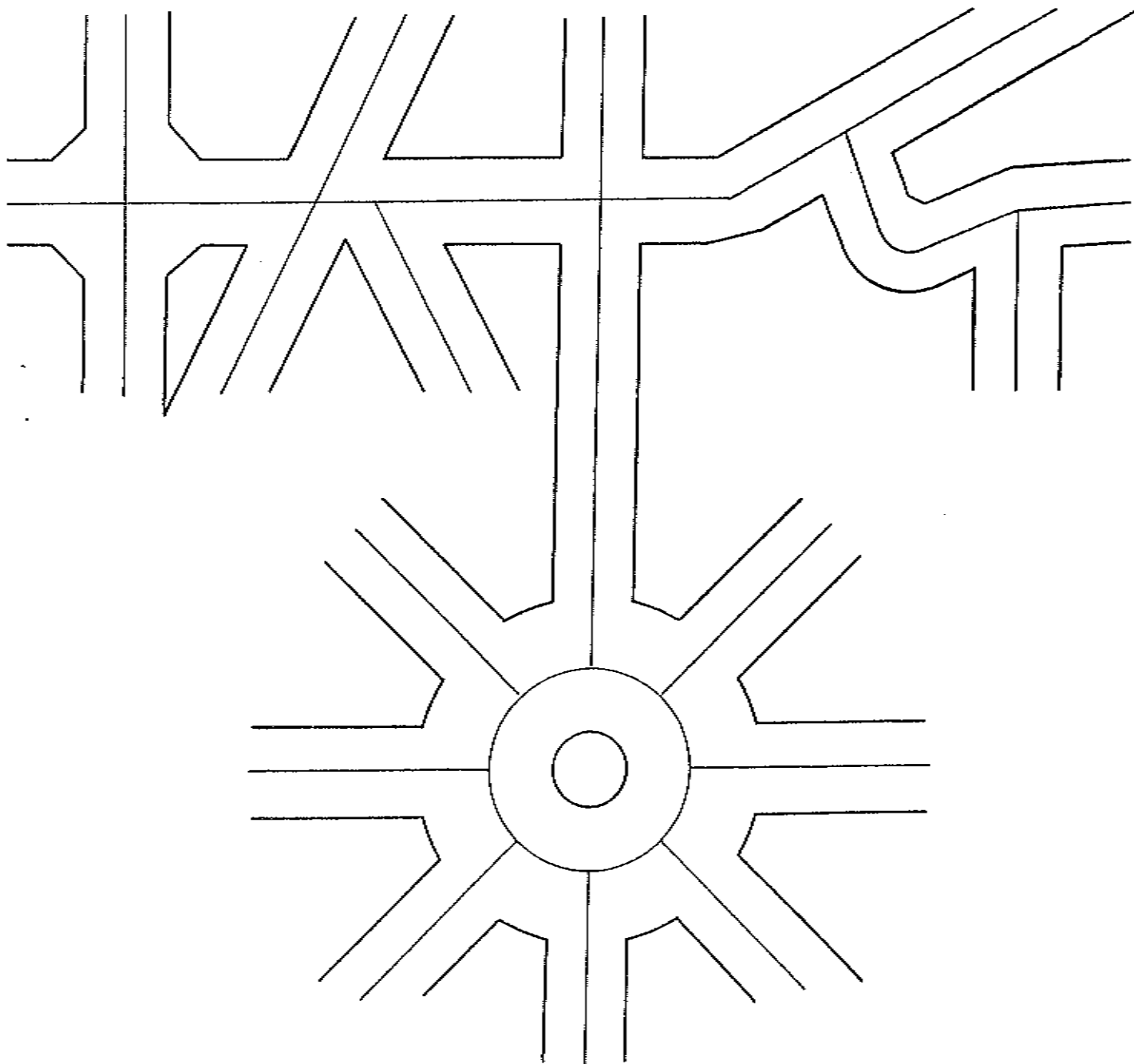
d'un véhicule particulier _____ Lequel? _____

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.