

DECLARATION ACCIDENT DU TRAJET

A envoyer à la Direction des Affaires Médicales
Joindre obligatoirement le Certificat Médical Initial « CERFA »

IDENTITE DE LA VICTIME	SITUATION ADMINISTRATIVE
N° SS :	Grade :
Nom – Prénom :	Service :
Date de naissance (JJ-MM-AAAA) :	Pôle :
Adresse :	Date d'embauche :
Code Postal et Ville :	

DATE DE L'ACCIDENT (préciser le jour de la semaine) : _____ Heure : _____

HORAIRES DE TRAVAIL (le jour de l'accident) : de _____ à _____

A QUELLE HEURE AVEZ-VOUS QUITTE :

Votre résidence : _____ OU Votre lieu de travail ou formation : _____

MOYEN DE LOCOMOTION UTILISE AU MOMENT DE L'ACCIDENT :

Individuel : (à cocher) à pied à bicyclette à moto à scooter en voiture en trottinette

Transport en commun : (à cocher) : autobus tramway SNCF

→ Joindre la photocopie du dépôt de plainte auprès du transporteur concerné

CE MOYEN DE LOCOMOTION VOUS EST-IL HABITUEL ? Oui Non

DISTANCE APPROXIMATIVE ENTRE LE LIEU DE TRAVAIL ET LA RESIDANCE : _____

DUREE NORMALE DU PARCOURS : _____

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT : _____

DISTANCE ENTRE LE LIEU DE L'ACCIDENT ET LE POINT DE DEPART DU PARCOURS : _____ Kms

TEMPS MIS PAR LA VICTIME POUR ACCOMPLIR LE PARCOURS COMPRIS ENTRE LE POINT DE DEPART (résidence ou travail) ET LE LIEU DE L'ACCIDENT : _____

VOTRE PARCOURS A-T-IL ETE INTERROMPU ? Oui Non

⇒ Si OUI, indiquez la durée de l'interruption : _____

⇒ Motif de cette interruption (repos, démarche personnelle, achats)

A préciser : _____

Dans l'intérêt d'un tiers dans votre intérêt pour des motifs familiaux

VOTRE PARCOURS A-T-IL ETE DETOURNE ?

⇒ Si OUI, en quoi a consisté votre détour : _____

⇒ Motif : _____

L'ACCIDENT EST IL SURVENU : ⇒ au cours de l'interruption ? Oui Non

⇒ au cours du détour ? Oui Non

AVEZ-VOUS REGAGNE PAR VOS PROPRES MOYENS :

⇒ votre domicile ? Oui Non

⇒ votre lieu de travail ? Oui Non

AVEZ-VOUS ETE TRANSPORTE (E) PAR :

ambulance CHU ambulance privée pompiers

voiture particulière (nom et adresse du chauffeur) : _____

OU AVEZ-VOUS ETE SOIGNE (E) :

sur place au CHU DIJON BOURGOGNE à votre domicile

autre (à préciser) : _____

CONDITIONS ATMOSPHERIQUES LE JOUR DE L'ACCIDENT :

brouillard pluie neige verglas grêle autres : _____

L'ACCIDENT A-T-IL ETE CAUSE PAR :

défaut de protection de passage dangereux mauvais état de la chaussée chute d'objets

autre (à préciser) : _____

DANS CE CAS, AVEZ-VOUS DEPOSE PLAINTE ? Oui Non

⇒ Si OUI, auprès de qui ? _____

L'ACCIDENT A-T-IL ETE CAUSE PAR UN TIERS ? Oui Non

⇒ Si OUI, NOM ET PRENOM DU TIERS EN CAUSE : _____

ADRESSE : _____

↪ Joindre impérativement la photocopie du constat amiable ou du rapport de police et/ou de gendarmerie

ITINERAIRE HABITUEL DETAILLE : _____

↪ Joindre impérativement un itinéraire précis du chemin parcouru avec nom lisible des rues et mettre une croix au lieu exacte de l'accident

NOM (S) PRENOM (S) ET ADRESSE (S) DU OU DES TEMOINS DE L'ACCIDENT :

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT : _____

DESCRIPTIONS DES LESIONS : _____

J'ai vérifié les informations notées à cette déclaration

Date et signature de la victime :

Date et signature du Chef de service

TRES IMPORTANT

Cette déclaration doit parvenir impérativement à la DAM dans les **48 h.**

Rappel :

- Volet 1 et 2 à envoyer à la CPAM par la victime
- Volet 3 à conserver par vos soins
- Volet 4 à transmettre à la DAM avec la déclaration

Tous les renseignements de ce document sont obligatoires et à compléter par la victime.

L'absence d'un seul renseignement et du certificat médical initial entraînera impérativement l'ajournement, voire le rejet du dossier et la prise en compte des soins et de l'arrêt de travail éventuel au titre de la maladie ordinaire.