

**NOM :**
**PRENOMS :**
**TEL :**
**N° CNPS :**
**N° SINISTRE :**
**DATE ACCIDENT DU TRAVAIL :**

QUESTIONS	REPONSES
1°) – Quels sont les date, heure, lieu de l'accident ?	1°) –
2°) – D'où venez-vous?	2°) –
3°) – Où allez-vous ?	3°) –
Votre déplacement avait – t-il un rapport avec votre travail ?	
4°) – Indiquez-nous les causes et les circonstances de l'accident.	4°) –
5°) – Quel quartier habitez-vous? Sitez-le par rapport à un lieu public proche.	5°) –
6°) – Quel était l'horaire de travail le jour de l'accident ?	6°) –
7°) – Quel itinéraire avez-vous emprunté le jour de l'accident? Indiquez les rues, avenue, localité, moyen.	7°) –
8°) – Est-ce votre trajet habituel? Si non, quel trajet empruntez-vous habituellement ? Pourquoi avez-vous changé d'itinéraire ?	8°) –
9°) – Quelles sont les personnes ayant vu l'accident se produire ? Préciser les noms et adresses de ces témoins. A défaut, indiquez nous le nom et l'adresse de la première personne avisée.	9°) –
10°) – Un constat a-t-il été établi ? Par quelle autorité?	10°) –
11°) – L'accident dont vous avez été victime est-il dû à la faute d'un tiers ? Précisez le nom et l'adresse du tiers présumé responsable. L'accident a-t-il fait d'autres blessés ?	11°) –

**NB : La victime est informée que les réponses au présent questionnaire pourront être vérifiées.**
**De même, toute inexactitude ayant pour effet d'obtenir des prestations indues, entraînera des poursuites.**
**DATE ET SIGNATURE**