

# Questionnaire accident

(Articles L 376-1 et L 454-1 du Code de la sécurité sociale par renvois  
du Code rural – Article 15 de la Loi n°85-677 du 5 juillet 1985)

**Vous avez été victime d'un dommage corporel,  
merci de compléter ce questionnaire et de l'adresser daté et signé à votre Caisse de MSA.**

ASSURÉ	VICTIME
Nom et prénom : _____	Qui est la victime ?
N° de sécurité sociale : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Clé □ □	<input type="checkbox"/> Assuré <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Adresse : _____ _____	Nom et prénom : _____
Tél. : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	Date de naissance : □ □ □ □ □ □ □ □
Mail : _____	N° de sécurité sociale : □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ Clé □ □

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_ N° de sinistre : \_\_\_\_\_

L'accident a-t-il fait d'autre(s) blessé(s) ?       Oui    Non

Si oui, indiquez leurs noms et adresses : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## L'ACCIDENT

Date : □ □ □ □ □ □ □ □      Heure : □ □ h □ □      Lieu : \_\_\_\_\_

L'accident est survenu dans le cadre du travail :       en allant ou revenant du travail  
 sur le lieu de travail ou en mission

L'accident est survenu en dehors d'une activité professionnelle :

S'agit-il :  d'un accident de la circulation    d'une agression    d'une chute    d'un accident causé par un animal  
 d'un accident causé par un objet    d'un accident de chasse    d'un accident scolaire    d'un accident de sport  
 d'un accident imputable à un mauvais état de la chaussée    d'une erreur médicale  
 d'une infection contractée en milieu hospitalier    autre : \_\_\_\_\_

Un constat amiable a-t-il été établi entre les parties ?       Oui       Non      *(si oui, joindre une copie)*

Avez-vous déposé une plainte ?       Oui       Non

Une action en justice contre l'auteur est-elle envisagée ?       Oui       Non

Avez-vous mandaté un avocat ?       Oui       Non

Si oui, indiquez son nom et son adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Un rapport de police ou gendarmerie (procès-verbal) a-t-il été établi ?       Oui       Non

Y a-t-il eu des témoins de cet accident ?       Oui       Non

Si oui, indiquez leurs noms, adresses et téléphones : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## RÉCIT DÉTAILLÉ DES FAITS

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION

La victime était :  conducteur du véhicule  passager du véhicule  cycliste  piéton

Faire un croquis en indiquant le tracé des voies, la direction des véhicules, leur position au moment du choc, les éventuels panneaux de signalisation.

## LES BLESSURES

Quels sont la nature et le siège des blessures ? \_\_\_\_\_

Hospitalisation :  Oui  Non Admission aux urgences :  Oui  Non

Si oui, dans quel(s) établissement(s) ? \_\_\_\_\_

Date d'entrée : \_\_\_\_\_

Date de sortie : \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu intervention du Samu ou du Smur ?

Oui  Non

Les soins sont-ils terminés ?

Oui, depuis quelle date : \_\_\_\_\_

Non, durée probable : \_\_\_\_\_

Y a-t-il eu arrêt de l'activité professionnelle ?

Oui  Non

Avez-vous perçu des indemnités journalières ?

Oui  Non

Si oui, indiquez la période : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

## LE RESPONSABLE (ou le conducteur si la victime était un passager)

Nom, prénom et adresse du tiers : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de sa compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_ N° de sinistre : \_\_\_\_\_

Je suis informé(e) de la possibilité d'échanges d'informations médicales entre médecins conseils MSA en charge de mon dossier et j'atteste ne pas m'opposer à cet échange (Article L 315-1 V du Code de la sécurité sociale).

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature

Ce document est à retourner à votre Caisse de MSA.