DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Formulaire à adresser par le Chef de Service au Service des Prestations Médicales de l'Etat
dans les 48 heures suivant le moment où l'accident a été porté à sa connaissance

SERVICE

Le/La sousigné/e Nom et prénom : _____
Fonction : _____
Service : _____

DECLARE QUE

Nom(1) et prénom : _____ Matricule SPME : |__|__|__|__|__|__|
Fonction : _____
Service : _____
Demeurant à : _____
(1) Nom de jeune fille pour les dames

S'EST BLESSE/E

1/ Lieu précis de l'accident : _____
_____

2/ Date de l'accident : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
3/ Heure de l'accident : |__|__|__|__|
4/ Description précise des circonstances de survenue : _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5/ Blessures apparentes immédiates constatées par le signataire de la déclaration : _____
_____
_____

6/ Nom et adresse des témoins : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____
Nom et adresse de l'établissement hospitalier : _____

Dans le cas d'un accident mettant en cause un tiers, mentionner :

Ses nom et prénom : _____
Son adresse : _____
Son n° de police d'assurance : _____
Sa compagnie d'assurance : _____
Son adresse : _____

Y a-t-il eu : ❒Constat amiable - ❒Rapport de police (cocher la case correspondante)

SERVICE

Fait à _____ le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature et cachet du Service :

Stade Louis II - Entrée C - 19, avenue des Castelans BP 679
MC 98014 MONACO CEDEX
Tél. : (+377) 98 98 81 39
Fax : (+377) 98 98 41 67
spme@gouv.mc