



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

DECLARATION D'ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAJET

Etablissement et Service :

VICTIME : Nom et Prénom

Statut (rayer la mention inutile) : Stagiaire – Titulaire – Contractuel Matricule :

Grade : Tel domicile et/ou portable

Date de naissance : Date de recrutement :

Adresse personnelle: n° Rue - Bd - Imp.
Résidence Code Postal. : Ville :

ACCIDENT DE SERVICE : Date : Heure :

Horaires de travail prévus le jour de l'accident :

Lieu exact où s'est produit l'accident :

Circonstances détaillées :

.....

.....

.....

.....

.....

ACCIDENT DE TRAJET : Date : Heure :

Horaires de travail prévus le jour de l'accident :

Lieu exact où s'est produit l'accident :

Circonstances détaillées :

.....

.....

.....

Un rapport de Police a-t-il été établi ? oui non

Y a-t-il eu une prise en charge par les pompiers ? oui non

Y a-t-il eu un ou des témoins ? oui non

Etabli le

Signature de l'Agent

Signature du Directeur des Ressources Humaines
et du Projet Social

Si l'accident a été causé par un tiers veuillez remplir l'imprimé « Tiers responsable »

Article 441-1 du Code Pénal : Le faux et l'usage de faux sont punis de 3 ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende

Article 441-2 du Code Pénal : le faux commis dans un document délivré par une administration publique aux fins de constater un droit, une identité ou une qualité ou d'accorder une autorisation est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende



**Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille**

TEMOINAGE D'UN ACCIDENT DE SERVICE OU DE TRAJET

Je soussigné(e).....

Demeurant à

Emploi : Horaires :

► certifie avoir été le témoin visuel et direct de l'accident, survenu

le

heure :

Lieu

concernant M. - Mme - Melle

Circonstances :

► n'ai pas été témoin visuel et direct de l'accident survenu

le

heure

Lieu

concernant M. - Mme - Melle

mais je peux préciser les points suivants :

Marseille, le

Signature du Témoin (si témoin hors AP-HM : photocopie carte d'identité obligatoire)



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

RAPPORT HIERARCHIQUE DU CADRE

Accident de service Accident de trajet

Victime de l'accident

Nom Patronymique :

Nom Marital :

Prénom :

Grade :

Service :

N° Poste :

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Horaire de travail le jour de l'accident :

Lieu de l'accident :

Avez-vous été témoin visuel direct

OUI

NON (si oui remplir un imprimé de témoignage)

Circonstances de l'accident

Activité précise de l'agent au moment de l'accident :

L'accident a-t-il eu lieu dans le cadre des fonctions de l'agent ? oui

non

Témoin déclaré

Nom :

Prénom :

Grade :

Service :

Horaire de cet agent le jour de l'accident :

Témoin déclaré

Nom :

Prénom :

Grade :

Service :

Horaire de cet agent le jour de l'accident :

Nom et prénom du cadre du service :

A Marseille, le

Signature du cadre et cachet du service



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

**A remplir obligatoirement en cas d'accident
entraînant la responsabilité d'un tiers
et à adresser à la Direction des Affaires Juridiques
80 rue Brochier – 13354 Marseille Cedex 5**

VICTIME : Nom et Prénom

Etablissement et Service :

Statut (raier la mention inutile) : Stagiaire – Titulaire – Contractuel Matricule :

Grade : Tel domicile et/ou portable

Adresse personnelle: n°.....Rue - Bd - Imp.....

Résidence.....Code Postal. : Ville :.....

ACCIDENT:

Date :

Heure :

L'accident a eu lieu au :

- Travail
 Trajet aller

- Trajet retour
 Dans un autre endroit

Y a t il eu arrêt

Oui

Non

Y a t il eu hospitalisation

Oui

Non

Lieu et circonstances détaillées de l'accident :

.....
.....
.....
.....
.....

Constat amiable
(joindre photocopie)

Ou

Constat de Police
(joindre photocopie)

Témoins éventuels

Nom et Adresse :

Tiers responsable

Nom – Prénom :

Adresse :

Nom et adresse de sa compagnie d'assurance :

Recours

Avez-vous l'intention de poursuivre le responsable ? Oui Non

Nom et adresse de votre avocat :



**Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille**

ATTRIBUTION D'UNE ALLOCATION TEMPORAIRE D'INVALIDITE AUX AGENTS TITULAIRES

Un décret du 24 Décembre 1963 a étendu aux Collectivités Locales la possibilité d'accorder une allocations d'invalidité aux agents titulaires en fonction, atteint d'une incapacité partielle à la suite d'un accident ou d'une maladie professionnelle.

Cette incapacité doit être au moins égale à 10 % pour un accident et 1% pour une maladie professionnelle. L'allocation est servie par la Caisse de Dépôts et Consignation.

Les dossiers étant examinés à la demande des intéressés, il vous appartiendra, si vous pouvez prétendre au bénéfice de cette législation, de faire parvenir à la Direction des Ressources Humaines et du Projet Social, Service de la Médecine Agréée et Statutaire, à la date de consolidation ;

- une demande datée et signée, adressée au Directeur Général de l'administration de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille, par laquelle vous sollicitez le bénéfice de l'allocation temporaire d'invalidité au titre de votre accident ou de votre maladie professionnelle.

Il conviendra d'indiquer :

- votre adresse personnelle,
- la date de l'accident ou du début de la maladie professionnelle.
- un certificat médical établi par un médecin agréé fixant la nature de l'invalidité ainsi que sa permanence et constatant que l'agent est apte à reprendre ses fonctions.

IMPORTANT: La demande doit être faite dans l'année suivant la date de consolidation après l'accident ou la maladie professionnelle.

L'intéressé (e) soussigné (e) :

Nom :

Prénom :

Grade :

Accident du :

Maladie professionnelle :

Certifie avoir pris connaissance du texte ci-dessus.

Mention manuscrite « Certifie avoir pris connaissance des informations ci-dessus »

Marseille, le

Signature