



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