

CAISSE NATIONALE DE  
SECURITE SOCIALE

~~~~~

01 BP 374 – Tél. 21-31-23-24

COTONOU

Notre Référence

A.T. Dossier N° :

LE

V / REF :

OBJET :

“QUESTIONNAIRE A L’ASSURE”

“ACCIDENT DE TRAJET”

M \_\_\_\_\_

Pour nous permettre d’apprécier dans les plus brefs délais si les dispositions de la loi 98-019 du 21 Mars 2003 portant Code de Sécurité Sociale en République du Bénin s’appliquent à l’accident dont vous déclarez être victime le \_\_\_\_\_ vous voudriez bien répondre très exactement au questionnaire ci-dessous et nous retourner d’urgence après l’avoir certifié exact et signé.

A cet effet nous vous précisons que toute correspondance avec nos services est dispensée d’affranchissement.

Veuillez agréer \_\_\_\_\_, l’expression de nos salutations distinguées.

PR. LE DIRECTEUR GENERAL & P.D  
LE CHEF DE L’AGENCE DE COTONOU

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <p>1°/ Quels sont les } date<br/>                          } Heure<br/>                          } Lieu précis de l’accident</p> <p>2°/ D’où venez-vous ?</p> <p>3°/ Où allez-vous ?</p> <p>4°/ Indiquez nous les causes et les circonstances de l’accident (joignez le cas échéant un croquis sommaire des lieux et de la position des véhicules)</p> <p>5°/ Quelle est l’adresse de votre domicile légal ? et le cas échéant, de votre résidence habituelle ? ou temporaire ?</p> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

6°/ Quel est l'horaire en vigueur dans votre entreprise ?

{Avez-vous quitté votre domicile ?

{Ou votre lieu de travail ?

7°/ A quelle {deviez-vous commencer votre travail ?

Heure {ou l'avez-vous cessé ?

8°/ Quel itinéraire avez-vous emprunté le jour de l'accident et quelle est la durée normale de ce parcours ?

(Indiquez les rues, localités, moyen de locomotion, des trains stations de départ et d'arrivée. Correspondances, horaires des trains etc...

9°/ Est-ce votre trajet habituel ?

Sinon quel trajet empruntez-vous habituellement ?

10°/ Quelles sont les personnes ayant vu l'accident se produire ?

(Nom et adresse de ces témoins)

11°/ Un rapport de police a-t-il été établi ?

12°/ Par qui ? (Nom de l'agent, désignation du commissariat ou de la brigade de la Gendarmerie)

13°/ A défaut, comment comptez-vous apporter la preuve des faits que vous alléguerez ?

14°/ L'accident dont vous avez été victime est-il dû à la faute d'un tiers ?

(Nom et adresse de l'auteur présumé responsable)

15°/ Précisez-nous le siège et la nature des blessures.

16°/ Quel est le premier Médecin qui vous a donné ses soins ?

(Date et heure de la consultation ou de l'hospitalisation)

17°/ Avez-vous cessé votre travail à la suite de cet accident ?

{A quelle date ?

{A quelle heure ?

18°/ Le cas échéant, indiquez : " travail non interrompu " ou la date de reprise.

FAIT A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature (1)

(1) Faire précéder la signature de la mention  
"Certifié exact"