Caisse de Prévoyance et de Retraite
du Personnel Ferroviaire

17, avenue Général Leclerc
13347 Marseille cedex 20
N° SIRET 341 246 122 0020

RENSEIGNEMENT DE L'AGENT ACCIDENTÉ

Date de l'accident : _____

N° d'immatriculation SNCF : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DÉCLARATION DE TÉMOIN

Merci de remplir toutes les parties de cet imprimé

Je soussigné(e) _____ _____
nom *prénom*

N° d'immatriculation SNCF : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Si vous n'êtes pas agent SNCF, joindre une photocopie de votre carte d'identité ou un justificatif d'identité.

Tél. personnel : _____ Tél. professionnel : _____

certifie avoir été témoin de l'accident dont a été victime M. / Mme (nom de l'accidenté) :

_____

Le _____ à _____
date de l'accident *heure de l'accident*

J'ai assisté aux événements suivants (décrire précisément les faits ou les propos échangés)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

J'ai fait les constatations suivantes (état physique ou psychologique de l'accidenté - *exemple : hématome, boiterie, saignement, brûlure, rougeur, pleurs - état des vêtements, du véhicule ...) :*

_____

_____

_____

_____

À _____ , le _____ (*Signature)*

Nota important : Toute fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir des prestations ou des réparations qui ne sont pas dues, place son auteur sous le coup des dispositions de l'article L.114-13 du Code de la sécurité sociale, sans préjudice des peines plus élevées résultant de l'application d'autres lois.