Caisse de Prévoyance et de Retraite du Personnel Ferroviaire

RENSEIGNEMENT DU SALARIÉ ACCIDENTÉ

Date de l'accident : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

N° de téléphone :

DÉCLARATION DE TÉMOIN

Merci de remplir toutes les parties de cet imprimé

Je soussigné(e) _____ _____

nom *prénom*

NUMÉRO D'IMMATRICULATION SNCF :

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE :

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 : Tout agissement frauduleux ou toute fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (articles 313-1 à 313-3, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Conformément au Règlement européen n° 2016/679 du 27 avril 2016 (dit RGPD) et à la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits auprès du délégué à la protection des données de la CPR.
Pour plus de précisions, veuillez consulter la rubrique RGPD (Données personnelles) du site internet de la Caisse

VGR 3066 – 12.24