



Caisse de Prévoyance  
et de Retraite  
du personnel de la SNCF

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

## DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

(à compléter par le service)

Date de l'accident : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation SNCF de l'agent accidenté : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# DÉCLARATION DE TÉMOIN OU DE PREMIÈRE PERSONNE AVISÉE

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.*

Adresse \_\_\_\_\_

Tél. personnel : \_\_\_\_\_ Tél. professionnel : \_\_\_\_\_

certifie avoir été <sup>(1)</sup> :  témoin  
 avisé le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
date heure

de l'accident dont a été victime M. / Mme (nom de l'accidenté) : \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
date de l'accident heure de l'accident

### Témoin

Décrire précisément les faits ou les propos échangés



J'ai assisté aux événements suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### ou

### Avisé

Merci de nous indiquer ce que l'agent vous a déclaré



La victime<sup>(1)</sup> :

- est venue m'aviser directement,  
 m'a prévenu par téléphone, des faits suivants :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**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)

(1) Cocher la case adéquate et compléter

**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.