

GRAMAGLIA : B.P 153 - 7 Avenue St Laurent 98003 Monaco Cedex - Email : at@gramaglia.mc

Veillez remettre le formulaire complété :

- à Gramaglia dans les 48 heures : at@gramaglia.mc
- à l'employeur pour conservation
- au salarié victime pour être remis au médecin traitant ou à l'hôpital :

Le présent bulletin qui sera remis par l'accidenté au praticien ne sera pas considéré comme une affirmation de responsabilité de la part de l'employeur, ni comme une prise en charge, sans risque, de la part de l'assureur

EMPLOYEUR

Nom, Prénoms ou raison sociale

Contrat AT n°

N° C.C.S.S Employeur°

Adresse - N° Téléphone

VICTIME

Nom, prénom

Inscription à la C.C.S.S N°

Nom de jeune fille

Permis travail N°

Date et lieu de naissance

Sexe

Adresse

Date embauchage

Marié

Célibataire

Veuf

Salaire brut - Mensuel

Tél. / Mobile

Email

Profession

Nationalité

La victime bénéficie-t-elle d'une rente ?

Taux

RIB de la victime

Enfants (nombre, âge)

ACCIDENT

Date A

Heure - Date arrêt

Lieu précis de l'accident

Nature et siège des lésions

Cause et circonstance détaillées de l'accident

Fournir le constat amiable ou PV police si accident de la circulation

Lieu où a été transportée la victime

Nom du médecin

Suite probable

Sans arrêt de travail

Avec arrêt de travail

Décès immédiat

JOINDRE CERTIFICAT MÉDICAL DE CONSTATATION

Témoins

Accident causé par un tiers

Nom, prénom

Nom, prénom et adresse du tiers

Adresse

Cie d'assurances du tiers

EN CAS D'ACCIDENT DE TRAJET :

Heure prévue de début et de fin de travail

Lieu très précis de l'accident

Distance lieu de travail

Domicile

S'agit-il du trajet le plus court et le plus direct ?

Le trajet a-t-il été interrompu avant l'accident ?

Raison de cette interruption

Y-a-t-il eu rapport de police ou PV Gendarmerie ?

Nom commissariat ou Brigade

Fait à

Le

Le déclarant (employeur)