



DECLARATION D'ACCIDENT*

IMPORTANT (à lire très attentivement) :

1. La déclaration d'accident dûment complétée et signée est à renvoyer, dans les 10 jours ouvrables suivant la date de l'accident, à l'adresse au point 7. Le **certificat médical** à faire remplir par un médecin doit **impérativement** compléter la déclaration.
2. Tout document médical ultérieur en rapport avec l'accident (protocoles radiologiques, IRM, rapport d'hospitalisation,...) doit être remis au médecin lors de la convocation ou envoyé d'office à l'adresse au point 7 (**ne pas transmettre les clichés**, vous devez toutefois impérativement les conserver).
3. Les justificatifs d'absences sont à transmettre **endéans les 5 jours** au Service médical ou Service Gestion des Absences médicales dont vous dépendez.
4. Les frais médicaux relatifs à cet accident peuvent être introduits auprès de **votre bureau liquidateur / RCAM en ligne** (pour la Cour de Justice, à l'Unité droits statutaires, bureau TA03/0032), conformément aux règles en vigueur, au moyen d'une demande de remboursement distincte sur laquelle la **date de l'accident** doit être mentionnée. Le médecin traitant doit faire figurer la date de l'accident sur les notes d'honoraires et sur tous les documents médicaux établis (prescriptions médicales, demandes d'exams spécialisés, rapports médicaux). Le remboursement complémentaire prévu à l'article 73§3 du Statut suivra celui accordé par le RCAM **après l'acceptation de l'accident**.

1. INSTITUTION

- CONSEIL PARLEMENT COMMISSION COUR DE JUSTICE CES SEAE
 COUR DES COMPTES COMITE DES REGIONS MEDiateur AUTRE:

2. VICTIME

- FONCTIONNAIRE AGENT TEMPORAIRE AGENT CONTRACTUEL
 AUTRE BENEFICIAIRE, précisez (pensionné, conjoint, enfant,...):
 Celui-ci n'est **pas couvert par l'article 73** du Statut et ne bénéficiera pas des remboursements complémentaires, mais sa déclaration permettra à l'institution de récupérer les frais médicaux payés au titre de l'article 72 auprès de l'assurance du tiers responsable):

- 2.1. Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille :
- 2.2. Date de naissance : Sexe : M F
- 2.3 Adresse privée : Tél. privé:.....

- 2.4. N° Personnel de l'affilié : Classement actuel (Grade/Echelon) :
 Lieu d'affectation : Adresse bureau: Tel bureau :

3. ACCIDENT

- 3.1. Date : Heure :
- 3.2. Lieu précis :
- 3.3. Circonstances détaillées :

- 3.4. : S'agit-il d'un accident : de travail sur le chemin du travail privé
- 3.5. Y a-t-il eu intervention des services de l'ordre (procès-verbal) ? OUI NON
 Si oui, lesquels (adresse complète) :
 Si un procès verbal a été établi, annexer une copie ou indiquer le n°:.....
- 3.6. L'accident a-t-il causé une incapacité de travail ? OUI NON

* Les données relatives à l'accident seront traitées conformément au règlement (UE) 2018/1725 (<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX:32018R1725>)

4. TIERS RESPONSABLE (ARTICLE 85 BIS DU STATUT)

En cas d'accident impliquant la responsabilité d'un tiers, veuillez IMPERATIVEMENT compléter TRES PRECISEMENT cette partie, afin de permettre à l'Institution de récupérer auprès de l'assurance du tiers les dépenses qu'elle a encourues suite à l'accident.

4.1. Un constat d'accident a-t-il été dressé ? OUI NON

Si oui, veuillez en annexer une copie

4.2. Identité du tiers (nom, prénom)
(adresse complète)

4.3 Identité du titulaire de l'assurance (nom, prénom).....
(adresse complète).....

4.4. Sa compagnie d'assurances (nom)
(adresse complète)

4.5. Le numéro de son contrat d'assurances

En cas de transaction avec le tiers ou son assureur, je m'engage à en informer préalablement mon institution, et à faire précéder ma signature de la mention: "sous réserve du respect de l'art. 8 de la Réglementation commune assurance accidents et maladies professionnelles et de l'art. 85 bis du Statut des fonctionnaires de l'Union européenne ".

Signature:

5. OBSERVATIONS (ex: justification en cas de déclaration hors délai, art. 15.2)

6. SINCERE ET CONFORME AUX FAITS

Fait à le

(Signature)

7. ENVOI DE LA DECLARATION (et des documents médicaux relatifs à l'accident)

<u>POUR LE CONSEIL</u>	<u>POUR LE PARLEMENT</u>	<u>POUR LA COMMISSION, LE SEAE, LA COUR DES COMPTES, LE CES, LE CDR, LES AGENCES, MEDIATEUR</u>	<u>POUR LA COUR DE JUSTICE</u>
Conseil de l'Union Européenne Service Assurance Accident Bureau: 00 40 GM 44 Rue de la Loi 175 B - 1048 Bruxelles Fax: +32 2 281 64 92 Tel: +32 2 281 66 99 Email: Accident.insurance@consilium.europa.eu + Envoyer une copie au service « gestion des absences médicales » 0070LM31	Parlement Européen Unité des pensions et assurances sociales - Section Accident Bureau: GEO 03B038 L – 2929 Luxembourg Fax: +352 43 49 69 Tel: +352 4300 22528 Email: SecteurAccidents@europarl.europa.eu	Commission Européenne Unité Assurance maladie et accidents Secteur Accidents B – 1049 Bruxelles Tel: +32 2 29 97777 Envoyer la déclaration au PMO : My IntraComm > Personnel > Santé > Evènements spécifiques > Accident > Contactez-nous + Envoyer une copie à l'unité qui coordonne les absences maladies	Cour de Justice de l'UE Unité Droits statutaires, affaires sociales & médicales, conditions de travail. L – 2925 Luxembourg D. Karzel (TA03/0032) ou A. Michel (TA03/0012) ou H. Guerra (TA03/0019) Fax: +352 43 03 27 10 Email: accidents@curia.europa.eu

CERTIFICAT MEDICAL - PREMIER CONSTAT

A faire compléter et signer par un médecin ou remplacer par un rapport médical équivalent

CONSULTATION

du Docteur :
Adresse
.....
N° tél.

VICTIME

Nom :
Prénom :
N° personnel :
Date de naissance :

1. **Date de l'accident :**
Date des premiers soins :
Y-a-t-il un lien de cause à effet entre l'accident et les lésions ? OUI NON PARTIELLEMENT

2. **Description des lésions (latéralité G/D le cas échéant):**
.....
.....
.....
a. Quel est le traitement prescrit ?
.....
.....
b. Des examens complémentaires ont-ils été pratiqués (radiographies, scanner, RMN, ...) ? OUI NON
Si oui, veuillez remettre copie des protocoles à la victime
c. Y a-t-il eu hospitalisation ? OUI NON

3. **Incapacités temporaires résultant de l'accident :**
Totale : à partir du durée probable :
Partielle : à partir du durée probable :
Reprise du travail prévue le :

4. **Suites présumées de l'accident :**
Guérison Consolidation date probable

5. **Les maladies ou infirmités préexistantes qui ont aggravé les conséquences de l'accident sont :**
.....
.....

6. **Observations :**
.....
.....
.....

Fait à le
(Signature et cachet du médecin)