



# 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'examens 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 (CE) 45/2001 (voir déclaration de confidentialité à la rubrique 'source': <http://ec.europa.eu/dpo-register/details.htm?id=33947> )

#### 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<br>Service Assurance Accident<br>Bureau: 0070.FL.09 / 17<br>Rue de la Loi 175<br>B - 1048 Bruxelles<br><br>Fax: (+32-0)2.281.64.92<br>Tel: (+32-0)2.281.66.99<br>Email: <a href="mailto:dga1.assurance-accident@consilium.europa.eu">dga1.assurance-accident@consilium.europa.eu</a><br><br>+ ENVOYER UNE COPIE AU SERVICE 'GESTION DES ABSENCES MEDICALES' 0070.FL.31 | Parlement Européen<br>Unité des pensions et assurances sociales - Section Accident<br>Bureau: GEO 03B038<br>L – 2929 Luxembourg<br><br>Fax: (+352)-43.49.69<br>Tel: (+352)-4300 22528<br>Email: <a href="mailto:SecteurAccidents@europarl.europa.eu">SecteurAccidents@europarl.europa.eu</a> | Commission Européenne<br>PMO-3-AMP<br>Bureau: MERO 05/P001<br>B – 1049 Bruxelles<br><br>Fax: (+32-0)2-296.66.43<br>Tel.: (+32-0) 2-29-60595<br>Internet (upload): <a href="https://ec.europa.eu/pmo/contact/fr">https://ec.europa.eu/pmo/contact/fr</a><br><br>+ ENVOYER UNE COPIE AU SERVICE MEDICAL DONT VOUS DEPENDEZ (comme pour les absences maladie) | Cour de Justice de l'UE<br>Unité Droits statutaires, affaires sociales & médicales, conditions de travail.<br><br>D. Karzel (TA03/0032) ou<br>A. Michel (TA03/0012) ou<br>H. Guerra (TA03/0019)<br>L-2925 Luxembourg<br><br>L – 2925 Luxembourg<br><br>Fax: (+352)-43.03.27.10<br>Email: <a href="mailto:accidents@curia.europa.eu">accidents@curia.europa.eu</a> |

# 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)