

ROYALE CAISSE NATIONALE D'ENTRAIDE des Sapeurs-Pompiers de Belgique

Westouterstraat, 74 - 8970 POPERINGE - tel. 057/ 33.56.51 fax : 057/ 33.34.38

e - mail : cauwelier.dirk@skynet.be

DECLARATION D'ACCIDENT

N° :

à remplir par la C.N.E.A.

Déclaration faite par

Service d' Incendie de :

Nom du chef de service

Adresse de correspondance :

(tel. - fax. - GSM)

QUESTIONS	REPONSES
1. VICTIME : a) Nom et prénoms : b) Date et lieu de naissance : c) adresse : d) grade :	
2. SITUATION FAMILIALE : a) Etat civil : b) Nom et prénoms de l'époux/ épouse/ partenaire/ cohabitant c) Prénoms, date et lieu de naissance de chaque enfant à charge.	
3. COMPAGNIE D'ASSURANCE D'ACCIDENTS DE TRAVAIL a) A quelle compagnie le corps est-il assuré contre les accidents de travail ? b) A base de quel salaire hypothétique annuel forfaitaire ?	
4. DATE, LIEU DE L'ACCIDENT : a) date et heure : b) Lieu de l'accident :	
5. DESCRIPTION DE L'ACCIDENT : a) Comment l'accident s'est-il produit ? Quelles en sont les causes ?	
b) Quelles en sont les conséquences actuelles humaines ?	
c) Témoins de l'accident :	

6. NATURE DES BLESSURES. OU CONTUSIONS.
7. PREMIER SOINS DONNES : a) par : nom du médecin traitant : adresse : b) à : date et heure : c) hôpital : nom
8. LA LISTE des membres de la C.N.E.A. a) Date d'envoi de la liste : b) Date de paiement de la cotisation pour l'année en cours.
9. RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME a) date d'entrée en service : b) date d'affiliation à la C.N.E.A. :

Fait à le

.....

L'officier chef du service

.....

(signature)

8. DECLARATION DU MEDECIN TRAITANT. a) Description exacte des blessures ou contusions.
b) Estimation de la durée de l'incapacité totale de travail :

Fait à le

Le médecin traitant

(cachet)

(signature)