

 I.N.P.S	ENREGISTREMENT	Réf. : SAT/MP-10
	QUESTIONNAIRE TRAJET	Version : 02
		Page : 1 / 2

NOM : **N° INPS**
PRENOMS : **N° SINISTRE :**
TÉL : DATE AT :

QUESTIONS	RÉPONSES
1°) – Quels sont les date, heure, lieu de l'accident ?	1°)
2°) – D'où venez - vous ?	2°)
3°) – Où alliez - Vous ? Votre déplacement avait – t-il un rapport avec votre travail ?	3°)
4°) – Indiquez – nous les causes et les circonstances de l'accident	4°)
5°) – Quel quartier habitez – vous ? Situez – le par rapport à un lieu public proche ?	5°)

6°) – Quel était l'horaire de travail le jour de l'accident ?	6°)
7°) – Quel itinéraire aviez-vous emprunte le jour de l'accident ? Indiquez les rues, avenue localité, moyen	7°)
8°) – Est-ce votre trajet habituel ? • Si non, quel trajet empruntez – vous habituellement ? • Pourquoi avez- vous changé d'itinéraire ?	8°)
9°) – Quelles sont les personnes ayant vu l'accident se produire ? Préciser les noms et adresses de ces témoins. A défaut, indiquez-nous le nom et l'adresse de la première personne avisée.	9°)
10°) – Un constat a-t-il été établi ? par quelle autorité ?	10°)
11°) – L'accident dont vous avez été victime est-il dû à la faute d'un tiers ? Précisez le nom et l'adresse du tiers présumé responsable. L'Accident a-t-il fait d'autres blessés ?	11°)

NB : La victime est informée que les réponses au présent questionnaire pourront être vérifiées. De même, toute inexactitude ayant pour effet d'obtenir des prestations indues, entrainera des poursuites.

DATE ET LA SIGNATURE

SQUARRE PATRICE LUMUMBA, BP : 53 BAMAKO