DDE 68
CSRGC

Accident domicile-travail avec véhicule personnel

Trajet : domicile travail

Date du sinistre : **Heure :**

Lieu du sinistre :

Type de véhicule :

VL ☐ **Moto ☐** **Scooter ☐** **Vélo ☐** **Autre ☐ (préciser)**

Responsabilité : nulle ☐ **partagée ☐** **totale ☐**

Circonstances de l'accident (préciser):

Dommages corporels : oui ☐ **non ☐**

Si oui, préciser :

- ITT :. . . . . .jours

Dommages corporels causés à un tiers : oui ☐ **non ☐**

Si oui, préciser :

Dommages au véhicule personnel (préciser):

Coût de la réparation :

Dommages matériels causés au véhicule d'un tiers : oui ☐ **non ☐**

Agent impliqué :

Nom (facultatif) :

Catégorie de personnel : Adminis. ☐ **Techn. ☐** **Exploit. ☐**

11. Observations:

FORMULAIRE A REMETTRE SOUS COUVERT DU S.H A LA CELLULE CSRGC