

DEMANDE D'ASSISTANCE PÉNALE



**FGTE
TRANSPORTS
ENVIRONNEMENT**



FGTE-CFDT - Service juridique

Immeuble Delta
3 rue du Pont des Halles
94 150 RUNGIS

Tél. : 01 56 41 56 00

defense.penale@fgte.cfdt.fr

À LA SUITE D'UN ACCIDENT OU D'UNE INFRACTION AU CODE DE LA ROUTE (même sans accident)

(à nous retourner impérativement **dans les 5 jours** qui suivent le sinistre)

Date de l'accident ou de l'infraction : _____

Nom et adresse du syndicat ou de la section : _____

Nom et prénom du responsable : _____

1. Adhérent.e intéressé.e par la demande

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Lieu : _____

Nationalité : _____

Adresse personnelle : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Tél. domicile : _____ Portable : _____

Profession : _____ Nombre de points à ce jour : _____

Employeur : _____

Ancienneté dans la profession : ___ ans / Ancienneté dans l'entreprise : ___ ans

Situation familiale (*choisir dans le menu déroulant*) :

Enfants : _____

2. Situation de l'adhérent.e vis-à-vis de son employeur au moment de l'accident ou de l'infraction

L'accident est-il survenu :

- pendant les heures de travail : **oui** **non**
- avec votre véhicule personnel : **oui** **non**

Le cas échéant :

- heure de la prise du travail le jour de l'accident ou de l'infraction : _____
- heure de la fin du travail le jour de l'accident ou de l'infraction : _____
- commençant le : _____ à : _____
- finissant le : _____ à : _____

3. Accident ou infraction survenu sur la voie publique

L'adhérent circulait-il :

- en automobile**
marque : _____ puissance : _____
- en camion**
n° minéralogique : _____
permis de conduire n° : _____
- en autocar**
propriétaire du véhicule n° : _____
compagnie : _____

4. Accident mettant des tiers en cause **oui** **non**

Nom, prénom, profession et adresse du tiers : _____

Circulait-il à pied ? **oui** **non**

Utilisait-il un moyen de locomotion ? **oui** **non**

Lequel : _____ n° minéralogique : _____

Assuré par : _____

