

DECLARATION D'UN DOMMAGE CORPOREL CAUSE PAR UN TIERS

PREUVE DES FAITS

Un constat amiable a-t-il été établi ? oui (joindre une copie) non
Un procès verbal a-t-il été dressé ? oui (joindre une copie) non
Avez-vous déposé plainte ? oui (joindre une copie) non
Nom et adresse de l'avocat ou de la personne chargée de vos intérêts : _____

Nom(s), prénom(s) et adresse(s) du (ou des) témoin(s) : _____

IDENTITE DU TIERS RESPONSABLE (auteur du dommage, propriétaire de l'animal... hors accident de la circulation)

Nom, prénom et adresse : _____

Si le tiers responsable est mineur, nom(s), prénom(s) et adresse de la personne ayant l'autorité parentale :

Nom et adresse de sa compagnie d'assurances ou de l'agent local : _____

N° de contrat : _____ N° de sinistre : _____

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Cochez la (les) case(s) correspondant à votre situation

- **Qualité de la victime** : Conducteur Passager Piéton Cycliste
- **Type de véhicule utilisé par la victime** : Motocyclette Automobile Transport en commun
- Autre précisez : _____ ▶ Nombre de véhicules en cause : _____

● Coordonnées de la compagnie d'assurances

▶ Si la victime était conducteur, indiquez :

Le nom et l'adresse de la compagnie assurant le véhicule : _____

N° de contrat : _____ N° de sinistre : _____ N° d'immatriculation du véhicule : _____

Date de déclaration du sinistre : | | | | | | | | | |

▶ Si la victime était passager, indiquez :

Le nom et l'adresse du conducteur du véhicule transporteur : _____

Le nom et l'adresse du propriétaire de ce véhicule si différent du conducteur : _____

Le nom et l'adresse de la compagnie assurant ce véhicule : _____

N° de contrat : _____ N° de sinistre : _____ N° d'immatriculation du véhicule : _____

▶ Si la victime était piéton ou cycliste, indiquez :

Le nom et l'adresse du conducteur du véhicule à l'origine de l'accident : _____

Le nom et l'adresse du propriétaire de ce véhicule si différent du conducteur : _____

Le nom et l'adresse de la compagnie assurant ce véhicule : _____

N° de contrat : _____ N° de sinistre : _____ N° d'immatriculation du véhicule : _____

PRESENCE D'AUTRES VICTIMES

(le cas échéant, et si vous les connaissez, indiquez leur nom, prénom(s), adresse et date de naissance)

J'accepte l'échange d'informations médicales entre médecins conseils en charge de mon dossier (article L. 315-1 V du Code de la sécurité sociale).

J'accepte, en cas d'accident médical ou dommage causé par un produit de santé défectueux (médicament, sonde cardiaque, prothèse,...), que le service médical près la caisse transmette au service juridique les avis rendus par une Commission de Conciliation et d'Indemnisation, les avis et décisions rendus par l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux et les rapports d'expertise me concernant dont il dispose afin que la caisse puisse récupérer les frais engagés auprès du responsable du dommage ou de son assureur.

A _____ Signature de l'assuré(e)

Le | | | | | | | | | |

La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter de faire obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.