

DECLARATION D'UN DOMMAGE CORPOREL CAUSE PAR UN TIERS

(Articles L 376-1 et L 454-1 du Code de la sécurité sociale - Article 15 de la Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985)

**Si vous avez été victime d'un dommage corporel causé par un tiers
merci de compléter ce questionnaire et de l'adresser à votre organisme d'assurance maladie**

Cochez la case désignant votre organisme de rattachement : CPAM MSA RSI

Autre précisez : _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) SOCIAL(E)

● L'assuré(e)

Nom et prénom : _____

(Nom de naissance (de famille) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse : _____ Code postal : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Tél. domicile : _____ Tél. portable : _____

Adresse mail : _____

Indiquez le nom de votre organisme complémentaire santé (mutuelle...) : _____

Bénéficiez-vous de la CMUC ? non oui

● La victime (à compléter si la victime n'est pas l'assuré(e) social(e))

Nom et prénom : _____

(Nom de naissance (de famille) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Date de naissance : _____ Lien avec l'assuré(e) : _____

Indiquez le nom de votre organisme complémentaire santé (mutuelle...) : _____

Bénéficiez-vous de la CMUC ? non oui

CONSEQUENCES MEDICALES

● Passage aux Urgences Date : _____

● Hospitalisation

Période d'hospitalisation : du _____ au _____ Service : _____

Période d'hospitalisation : du _____ au _____ Service : _____

Nom(s) et adresse(s) de(s) (l')établissement(s) : _____

● Soins : au cabinet du médecin ou à domicile dans un établissement hospitalier

Les soins sont-ils terminés ? oui non - si oui, date de guérison ou de consolidation _____

● Arrêt de travail à compter du _____ toujours en cours

CIRCONSTANCES DES FAITS

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

● Date des faits _____ **Heure** _____

● Lieu des faits - Adresse : _____ Code postal : _____

Domicile Trajet domicile/travail Travail Ecole* Salle de sport, stade, piscine*... Magasin* Voie publique

Lieu des loisirs ou des vacances* Etablissement de santé* Autre précisez : _____

~~AAAAA~~ Précisez le nom de la structure : _____

● Origine du dommage

Circulation Mauvais état de la voirie Travaux non signalés Accident médical

Activité scolaire Domestique Activité sportive Loisirs Chasse Animal

Coups et blessures volontaires

Autres précisez : _____

● Détails des circonstances de l'accident : _____

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.