

Date de l'accident : _____

Accident causé par un tiers : OUI NON

DÉCLARATION D'ACCIDENT (ou AGRESSION) COMPLÉTER UN IMPRIMÉ PAR VICTIME

(1) Entourez la mention utile

IDENTITÉ DE L'ASSURÉ SOCIAL

Nom :

Prénoms : Né(e) le : _____

Organisme social dont vous dépendiez à la date de l'accident : MEP Autre :

Numéro de Sécurité Sociale : _____

Adresse :

Code postal : Localité :

Téléphone :

Lieu d'étude au moment de l'accident (nom et adresse de l'établissement) :

IDENTITÉ DU BLESSÉ

(bénéficiant des prestations sous le numéro d'immatriculation de l'assuré)

Assuré social⁽¹⁾ Conjoint Enfant Autre ayant droit

NOM : Prénom : Né(e) le : _____

Adresse :

Code postal : Localité :

Adhérent à une garantie complémentaire MEP ? ⁽¹⁾ OUI NON

Si NON, préciser le nom et adresse de l'organisme complémentaire :

CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT POUR LE BLESSÉ

Nature, siège des blessures :

A-t-il consulté un médecin ? ⁽¹⁾ OUI NON

A-t-il transporté en clinique ou à l'hôpital ⁽¹⁾ OUI NON

Si OUI, dans quel établissement (nom et adresse) ?

Hospitalisé du _____ au _____ N° d'entrée :

Soins externes uniquement ? ⁽¹⁾ OUI NON

A-t-il interrompu son activité professionnelle ou autre ? ⁽¹⁾ OUI NON

Si OUI, du _____ au _____

A-t-il perçu des indemnités journalières ? ⁽¹⁾ OUI NON

Les soins sont-ils terminés ? ⁽¹⁾ OUI NON

Si NON, préciser la durée probable des soins :

JOINDRE CERTIFICAT MÉDICAL, CERTIFICAT DE GUÉRISON OU DE CONSOLIDATION, RAPPORT D'EXPERTISE.

IDENTITÉ DU TIERS RESPONSABLE *(si accident causé par un tiers)*

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Localité :

Coordonnées de sa compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance : Numéro du sinistre :

L'ACCIDENT

Date de l'accident : ____/____/____ Heure :

Lieu très précis de l'accident :

Pendant votre travail ⁽¹⁾ :	OUI	En y allant ⁽¹⁾ :	OUI	En en revenant ⁽¹⁾ :	OUI
	NON		NON		NON

Si OUI, nom et adresse de l'employeur :

Nature de l'accident ⁽¹⁾ : Circulation Coups et blessures Accident sportif Erreur médicale Autre

S'il s'agit d'un accident scolaire, préciser le nom et l'adresse de l'établissement fréquenté :

Circonstances de l'accident :

A qui incombe selon vous la responsabilité :

Pour quelles raisons ?

Y a-t-il eu un rapport de police ou de gendarmerie d'établi ?⁽¹⁾ OUI NON

Avez-vous déposé plainte ?⁽¹⁾ OUI NON

Si OUI, indiquer la date et le lieu de dépôt de plainte :

Avez-vous pris un avocat ?⁽¹⁾ OUI NON

Si OUI, indiquer le nom et l'adresse de votre avocat :

Nom et adresse des autres blessés :

1.

2.

Nom et adresse des témoins :

1.

2.

Coordonnées de votre compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance : Numéro du sinistre :

DECLARATION D'ACCIDENT (ou AGRESSION)

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

(Complétez le cadre ci-dessous)

Y a-t-il eu un constat amiable d'établi entre les parties ? ⁽¹⁾ OUI NON

(Si OUI, merci de joindre la photocopie du constat)

Marque et modèle du véhicule de l'adversaire:

Marque et modèle du véhicule où se trouvait le blessé ?

Le blessé était-il conducteur du véhicule ? ⁽¹⁾ OUI NON

Si OUI, préciser les coordonnées de sa compagnie d'assurance :

Numéro de police d'assurance : Numéro du sinistre :

S'il n'était pas conducteur, le blessé était-il passager du véhicule ? ⁽¹⁾ OUI NON

Si OUI, préciser le nom et l'adresse du conducteur :

Si OUI, préciser les coordonnées de la compagnie d'assurance du conducteur :

Numéro de police d'assurance : Numéro du sinistre :

Combien de véhicules sont mis en cause ?

Croquis sommaire (joindre si possible une photocopie du constat de police)

L'assuré certifie l'exactitude de la présente déclaration.

LU ET APPROUVE,

A, le ____ ____ ____

Signature :

Important : nous vous informons que vos prestations vous seront réglées dans les conditions habituelles, quelle que soit votre éventuelle part de responsabilité dans l'accident. Nous vous invitons à répondre le plus exactement possible aux questions posées. Il y va de votre intérêt.