

DECLARATION D'UN DOMMAGE CORPOREL

(Art. L 376-1 et L 454-1 du Code de la Sécurité Sociale)

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

● Identité :

Nom - Prénom :

Adresse :

Code postal :

Numéro de Sécurité Sociale :

Nom et adresse de l'employeur :

Tel. professionnel :

Tel. domicile :

● La victime n'est pas l'assuré(e) social(e) :

Nom - Prénom :

Date de naissance :

Lien avec l'assuré(e) :

● Organisme social dont dépend la victime :

Nom et adresse :

Votre caisse de remboursement : CPAM MSA RSI MFP MGEN ERDF MG
 LMDE SMEBA Autres

son adresse :

Bénéficiez-vous de la CMUC ? oui non

Nom de votre mutuelle :

CIRCONSTANCES DES FAITS

● Nature de l'accident :

Circulation Domestique Coups et blessures volontaires

Imputation à un mauvais état de voiries Faute médicale De chasse

A des travaux non signalés Sportif

Provoqué par un animal Scolaire

Autres causes à préciser

● Lieu :

Au domicile Au cours d'une activité sportive Survenu dans un magasin

A l'école En allant ou en revenant du travail

Au travail Au cours des loisirs ou des vacances

Date des faits :

Heure :

Commune :

VOTRE COMPAGNIE D'ASSURANCES

Nom :

Adresse :

N° de contrat :

N° de sinistre :

IDENTITE DES AUTRES VICTIMES

Noms et prénoms :

Adresses :

Dates de naissance (éventuellement) :

