

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 : _____

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 : _____

