



DECLARATION D'ACCIDENT

Je soussigné(e) _____ né(e) le _____

Matricule CCSS _____ CAMTI _____

adresse _____

n° téléphone _____ n° portable _____

nom de l'employeur _____

déclare avoir été victime d'un accident
(à cocher) que mon conjoint _____ a été victime d'un accident
 que mon enfant _____ a été victime d'un accident

survenu à _____ le _____ à _____ heures ____

Circonstances précises et détaillées de l'accident _____

S'agit-il d'un accident intervenu (à cocher) :

à l'occasion du **travail** pendant le **trajet-travail**

ATTENTION si : **accident du travail ou trajet-travail**, la CCSS ne remboursera aucune feuille de soins. Vous devez les adresser **directement à la compagnie d'assurances de votre employeur.**

hors du cadre du travail

Dans ce cas l'accident a-t-il été causé par une tierce personne (à cocher) :

non

oui

si oui merci de compléter et lire au verso et nous joindre : ⇨

⇨ **certificat médical constatant les blessures (impérativement)**

⇨ **copie du constat amiable (éventuel)**

Descriptif des blessures _____

Fait à _____ le _____ Signature

Renseignements concernant le responsable de l'accident

Nom _____ Prénom _____

Adresse complète _____

Nom de la compagnie d'assurances _____

Adresse **complète** de l'Agence _____

N° de sinistre _____ N° de police _____

En cas d'accident de la circulation N° d'immatriculation du véhicule _____

Renseignements concernant la victime

Nom de la compagnie d'assurances _____

Adresse **complète** de l'Agence _____

N° de sinistre _____ N° de police _____

Dans le cas où la victime était un passager du véhicule accidenté

Nom, prénom et adresse du conducteur _____

Nom de la compagnie d'assurances du conducteur _____

Adresse **complète** de l'Agence _____

N° de sinistre _____ N° de police _____

⌘ IMPORTANT ⌘

Dans votre intérêt, pour justifier, auprès du tiers responsable, des dépenses entraînées par votre accident, nous vous recommandons :

⇒ de bien vouloir veiller à ce que les informations, portées par votre médecin ou auxiliaire médical sur votre feuille de soins à la rubrique « conditions de prise en charge de la personne recevant les soins », précisent expressément si les soins dont le remboursement est demandé se rapportent ou non à un accident causé par un tiers, tout en indiquant la date de ce dernier.

⇒ de prendre photocopie de toutes les feuilles de maladie et factures que vous adresserez à la Caisse pour remboursement.

⇒ de conserver les fiches de décompte qui vous seront adressées en un seul exemplaire par la Caisse lors de chaque remboursement.