



DÉCLARATION D'ACCIDENT

V I C T I M E	Matricule C.C.S.S. :	Matricule C.A.M.T.I. :
	<i>ou de l'assuré si la victime n'est pas l'assuré</i>	<i>ou de l'assuré si la victime n'est pas l'assuré</i>
	NOM :	Prénoms :
	Nom de jeune fille :	Date de naissance :
	Adresse :	
	Adresse électronique :	
	Téléphone :	Mobile :
	Nom de l'employeur :	Téléphone de l'employeur :

A C C I D E N T	Nature (à cocher)	<input type="checkbox"/> accident de la circulation <input type="checkbox"/> coups et blessures (agression) <input type="checkbox"/> morsure d'animal	<input type="checkbox"/> accident sportif <input type="checkbox"/> accident scolaire <input type="checkbox"/> autre (à préciser, ex. chute...)
	Circonstances précises de l'accident survenu à le/...../.....		
	S'agit-il d'un accident intervenu : <input type="checkbox"/> à l'occasion du travail <input type="checkbox"/> pendant le trajet-travail		
	<input type="checkbox"/> hors cadre du travail Dans ce cas, la responsabilité de l'accident peut-elle être imputée à un tiers (personne physique ou personne morale – exemple : entreprise - commerce, etc...) ? (à cocher) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
	Si oui, merci de lire le verso, le compléter et nous joindre : → Certificat médical constatant les blessures, → Copie du constat amiable. Descriptif des blessures :		

Fait à Signature :
 Le

« En vertu des dispositions de la Loi n°1165 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations vous concernant. Pour plus d'informations sur les traitements mis en œuvre, vous pouvez consulter la rubrique « Protection des données nominatives » sur le site internet www.caisse-social-mc ». GA - 201909131209

R E N S E I G N E M E N T S	Renseignements concernant le responsable de l'accident :
	NOM : Prénoms :
	Adresse :
	Nom de la compagnie d'assurances couvrant le risque (responsabilité civile, assurance automobile, etc...) :
	Adresse complète de l'agence :
	N° du 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 couvrant le risque (responsabilité civile, assurance automobile, etc...) : ①
	Adresse complète de l'agence :
N° du 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 véhicule :	
Adresse complète de l'agence :	
N° du sinistre : N° de police :	

① **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.*