



Déclaration d'accident ou de blessures

Identification de l'assuré

N° d'immatriculation _____

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél. _____ Courriel _____

Identification de la victime

N° d'immatriculation _____

Nom _____

Prénom _____

Adresse _____

Tél. _____ Courriel _____

Circonstances des blessures

Date des faits _____ heure _____

Lieu _____

S'agit-il d'un accident domestique d'un accident sportif d'une agression
 d'un accident de la circulation d'un accident scolaire autre

Les faits se sont-ils déroulés au cours de votre vie privée pendant votre travail
 au cours du trajet domicile/travail/domicile

Coordonnées de votre employeur au moment des faits _____

Profession _____

Cet accident a-t-il déjà été déclaré à une autre Caisse primaire d'assurance maladie ? **Si oui**, laquelle _____

Cet accident a-t-il fait d'autres victimes ? oui non

Si oui, indiquez pour chacune d'elles, leurs nom, prénom et adresse _____

Causes et circonstances de l'accident (joindre, si vous le désirez, un croquis sommaire sur papier libre) _____

Responsabilité s'il ne s'agit pas d'un accident de la circulation

Selon vous, y a-t-il un responsable oui non **Si oui**, nom et adresse de cette personne _____

Nom et adresse de sa compagnie d'assurance _____

Numéro de police _____ Numéro de sinistre _____

Avez-vous déposé plainte ? oui non

Si oui, précisez la date et le lieu du dépôt de plainte : _____

Avez-vous pris un défenseur (avocat) ? oui non

Si oui, précisez son nom et l'adresse de son cabinet _____

Responsabilité s'il s'agit d'un accident de la circulation

Précisez le nombre total de véhicule(s) en cause

Y a-t-il eu un constat amiable établi entre les parties ? oui non **Si oui**, joindre une copie

LA VICTIME était piéton cycliste conducteur passager

Le cas échéant, indiquez le n° d'immatriculation du véhicule qu'elle occupait

le nom et l'adresse du propriétaire de ce véhicule

Nom et adresse de la compagnie d'assurances garantissant ce véhicule :

Numéro de police

Numéro de sinistre

LA PARTIE ADVERSE était piéton cycliste conducteur

Le cas échéant, indiquez le n° d'immatriculation du véhicule qu'elle occupait

le nom et l'adresse du propriétaire de ce véhicule

Nom et adresse de la compagnie d'assurances garantissant ce véhicule

Numéro de police

Numéro de sinistre

Témoignages

Y a-t-il eu des témoins des faits ? oui non **Si oui**, indiquez pour chacun d'eux, leurs nom, prénom et adresse

Un rapport d'accident a-t-il été établi ? oui non **Si oui**, joindre une copie ou nous préciser qui l'a dressé

POLICE

GENDARMERIE

CRS

Adresse

Référence

Conséquences de l'accident

La nature et le siège des lésions

La victime a-t-elle

● consulté un médecin ? oui non

● été transportée à l'hôpital ou à la clinique ? oui non

Si oui, dans quel établissement (nom et adresse)

● été hospitalisée ? oui non

Si oui, précisez la date et son numéro d'entrée :

la date de sortie :

● été transférée vers une autre structure ? oui non

Si oui, précisez quand et vers quel établissement

● arrêté son activité professionnelle ou autre ? oui non

Si oui, précisez la durée

Les soins sont-ils terminés ? oui

depuis quelle date ?

non

durée probable des soins

Je déclare n'avoir reçu aucune indemnité de la part du responsable ou de son assureur et avoir pris connaissance des informations en annexe.

Toute fausse déclaration pouvant faire l'objet de poursuites pénales, je certifie exacts les renseignements portés sur ce document.

À _____, le _____ Signature de l'assuré(e)

En cas d'accord transactionnel, vous reporter au paragraphe 2.1 de l'annexe.

Annexe de déclaration d'accident

① EN CAS D'ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

En cas d'accident causé par un tiers, vous avez le droit de demander réparation du préjudice subi et la Caisse primaire d'assurance maladie est autorisée à récupérer le montant des prestations versées en rapport avec vos blessures.

Pour ce faire, **par application des articles D.376-1 du Code de la Sécurité sociale et R.161-42, VOUS DEVEZ :**

- 1. nous renvoyer** rapidement ce document dûment complété sous peine de vous exposer aux dispositions prévues par la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985, article 15,
- 2. signaler**, lorsque vous utilisez votre carte Vitale, **aux professionnels de santé** qui vous dispensent des soins que ceux-ci sont en rapport avec un accident et leur préciser la date du fait accidentel,
- 3. mentionner sur les feuilles de soins**, avis d'arrêt de travail et autres documents destinés à votre Caisse primaire d'assurance maladie qu'il s'agit d'un accident, en cochant la case prévue à cet effet.

Par ailleurs, nous vous conseillons de **conserver vos décomptes** (Sécurité sociale et mutuelle) et une copie de toutes les factures afférentes à cet accident (dommages matériels...).

Article D.376-1 du Code de la Sécurité sociale

« La personne atteinte de lésions imputables à un tiers doit en informer, par tous moyens, sa caisse de sécurité sociale dans les quinze jours suivant leur survenue. Elle doit notamment le signaler au professionnel de santé en lui fournissant les renseignements prévus au 4° de l'article R.161-42... ».

Article R.161-42 du Code de la Sécurité sociale

« Les rubriques de renseignements des feuilles de soins dont l'indication conditionne la constatation de soins et le droit à remboursement de l'assuré font apparaître : ...4°) la mention, s'il y a lieu, du fait que les actes ou prestations sont effectués ou servis consécutivement à un accident et des éléments permettant d'identifier cet accident. Ces renseignements sont recueillis auprès du bénéficiaire des actes ou prestations, l'assuré est responsable de leur véracité... ».

Article 15 de la Loi n° 85-677 du 5 juillet 1985

« Lorsque, du fait de la victime, les tiers payeurs n'ont pu faire valoir leur droits contre l'assureur, ils disposent d'un recours contre la victime à concurrence de l'indemnité qu'elle a perçue de l'assureur au titre du même chef de préjudice... ».

② SI VOUS DÉCIDEZ DE POURSUIVRE LE RESPONSABLE

1. En cas d'**arrangement amiable** avec sa compagnie d'assurances ou lui-même, vous devez **nous en avertir** par lettre recommandée 15 jours à l'avance.

À défaut, nous considérerons cet accord sans valeur.

2. Dans l'hypothèse d'une **action en justice**, vous devez :

- **nous en aviser** par simple lettre,
- préciser, dans les pièces de procédure, votre numéro d'immatriculation et l'adresse de la Caisse d'assurance maladie à laquelle vous êtes affilié(e).

À défaut, notre Caisse pourrait, pendant les deux années qui suivront, faire prononcer la nullité du jugement (si le jugement, bien entendu, lui porte préjudice).