cerfa
n° 15263*03

# DECLARATION D'UN DOMMAGE CORPOREL CAUSE PAR UN TIERS

L'Assurance Maladie

*(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 blessé lors d'un accident causé par un tiers, merci de compléter ce questionnaire et de l'adresser à votre organisme d'assurance maladie. Vous contribuez ainsi à préserver notre système de santé, sans que cela ne change ni le montant, ni le délai de vos remboursements.**

*Indiquez votre organisme de rattachement :*

❒ REGIME GENERAL - CPAM / CCSS / CGSS / CSS ❒ MSA ❒ REGIME SPECIAL, préciser lequel : _____

**J'accepte :**

❒ **l'échange d'informations médicales entre le service médical et le service administratif de la caisse, ainsi qu'entre les médecins conseils en charge de mon dossier** (art. L.315-1V du code de la sécurité sociale) pour permettre l'exercice du Recours Contre Tiers par l'assurance maladie et la récupération éventuelle des prestations versées en rapport avec les faits auprès du tiers responsable ou de son assureur. (1)

**J'atteste de l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration.**

A _____ Signature de l'assuré(e)

Le |__|__|__|__|__|__|__|__|

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E)

### L'assuré(e) :

Nom et prénom : _____

*(Nom de naissance (de famille) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))*

Numéro de sécurité sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : _____ Code postal : |__|__|__|__|__|

Téléphone : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse mail : _____

Êtes-vous : ❒ salarié(e) ❒ sans emploi ❒ fonctionnaire ❒ autre, précisez :

Nom et adresse de votre employeur : _____

### Si la victime n'est pas l'assuré mais son ayant-droit :

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) : _____

### Autres victimes ? ❒ oui ❒ non *(Si oui, indiquer pour chacune des autres victimes leurs nom, prénom, date de naissance et, si connus, leur adresse et numéro de sécurité sociale) :*

**1.** _____

**2.** _____

## CIRCONSTANCES DES FAITS

*Cochez la (les) case(s) correspondant à votre situation*

❒ **Accident du travail ou de trajet**

❒ **Accident de la vie privée**

- **Date des faits :** |__|__|__|__|__|__|__|__| **heure :** |__|__| **h** |__|__|
- **Lieu :** _____
- **L'accident s'est déroulé :** ❒ en France ❒ à l'étranger, dans quel pays ? _____

(1) Notamment les rapports d'expertise médicale en lien avec mon accident, les avis et décisions rendus par la CCI *(commission de conciliation et d'indemnisation)* et/ou l'ONIAM *(office national d'indemnisation)* en cas d'accident médical ou d'un dommage dû à un produit de santé défectueux *(médicament, sonde cardiaque, prothèse, etc.)*



SXXXX

- **Circonstances de l'évènement à l'origine du dommage** *(de la blessure, de la maladie...)* **:**

❒ Accident de la circulation : ❒ conducteur ❒ passager ❒ cycliste ❒ piéton ❒ autre: _____

❒ Mauvais état de la voirie ❒ Travaux non signalés ❒ Accident domestique ❒ Accident de loisirs

❒ Animal ❒ Coups et blessures volontaires ❒ Produits défectueux ❒ Accident de chasse

❒ Accident médical* ❒ Activité scolaire/périscolaire* ❒ Activité sportive* ❒ Chute dans un lieu public*

**** Nom de la structure (établissement, administration, commerce...) :*** _____

❒ Autre, précisez : _____

- **Résumé détaillé des circonstances de l'accident et description de vos blessures :**

Merci de joindre tout document utile relatif à l'accident : constat amiable, procès-verbal de police ou de gendarmerie, bulletin d'hospitalisation, rapport d'expertise médicale, témoignages...

- **Conséquences de l'accident :** *(Cochez la (les) case(s) correspondant à votre situation)*

❒ soins médicaux ❒ arrêt de travail

❒ passage aux urgences ❒ hospitalisation

Nom et adresse de l'établissement : _____

- **Votre assurance :**

**Nom et adresse de l'assureur :** _____

Numéro de contrat d'assurance : _____

Numéro de sinistre du dossier : _____

## LE TIERS RESPONSABLE

Il s'agit de la personne (particulier, entreprise, administration...) impliquée dans l'accident en tant qu'auteur du dommage lui-même ou en tant que responsable d'une personne, d'un animal, d'une chose ou d'un bien qu'il a sous sa garde, et qui a contribué à la réalisation du dommage : (*Compléter ci-après les informations dont vous avez connaissance).*

**Nom, prénom et adresse :** _____

**Nom et adresse de sa compagnie d'assurances en responsabilité civile ou professionnelle :**

Numéro de contrat d'assurance : _____

Numéro de sinistre du dossier : _____

- **Si le tiers est mineur ou une personne majeure protégée :**

**Nom, prénom et adresse** du responsable légal, tuteur ou curateur **:** _____

*La loi rend passible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter de faire obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).*
*La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.*