

DÉCLARATION D'UN DOMMAGE CORPOREL CAUSÉ PAR UN TIERS

(Article L224-9 du Code de la Mutualité. Article 15, 29 et 31 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 recourscontretiers@rempartmutuelle.fr
Si vous bénéficiez de la Complémentaire Santé Solidaire, il convient d'adresser votre déclaration
à votre caisse de régime obligatoire.

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE MEMBRE PARTICIPANT

Nom : _____ Prénom : _____
Nom usuel/marital : _____ Né(e) le : _____ à : _____
Adresse (n°, voie, bâtiment,...) : _____
Code postal : _____ Ville : _____
Email : _____ Tél.: _____

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME (à compléter si la victime n'est pas le membre participant)

Nom : _____ Prénom : _____
Nom usuel/marital : _____ Né(e) le : _____ à : _____

CIRCONSTANCE DES FAITS

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* ☐

Autres ☐ 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 :

CONSÉQUENCES MÉDICALES

Passage aux urgences oui ☐ non ☐ Date : _____ Hospitalisation ☐

Période d'hospitalisation du _____ au _____ Service : _____

Période d'hospitalisation du _____ au _____ Service : _____

Noms(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 : _____

IDENTITÉ DU TIERS RESPONSABLE (auteur du dommage, propriétaire de l'animal... hors accident de la circulation)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Si le tiers responsable est mineur, nom(s), prénom(s) et adresse de la personne ayant l'autorité parentale :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Nom de sa compagnie d'assurances ou de l'agent local : _____

Adresse : _____

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE LA CIRCULATIONQualité de la victime : Conducteur ☐ Passager ☐ Piéton ☐ Cycliste* ☐Type de véhicule utilisé par la victime : Motocyclette ☐ Automobile ☐ Transport en commun ☐Autres ☐ précisez : _____ Nombre de véhicules en cause : _____**Coordonnées de la compagnie d'assurances :****Si la victime était conducteur, indiquez :**

Le nom et l'adresse du conducteur du véhicule transporteur : _____

Le nom et l'adresse du propriétaire de ce véhicule si différent du conducteur : _____

Le nom et l'adresse de la compagnie assurant ce véhicule : _____

N° de contrat : _____ N° de sinistre : _____ N° d'immatriculation du véhicule : _____

Si la victime était piéton ou cycliste, indiquez :

Le nom et l'adresse du conducteur du véhicule à l'origine de l'accident : _____

Le nom et l'adresse du propriétaire de ce véhicule si différent du conducteur : _____

Le nom et l'adresse de la compagnie assurant ce véhicule : _____

N° de contrat : _____ N° de sinistre : _____ N° d'immatriculation du véhicule : _____

PREUVE DES FAITSUn constat amiable a-t-il été établi ? oui ☐ (joindre une copie) non ☐Un procès verbal a-t-il été dressé ? oui ☐ (joindre une copie) non ☐Avez-vous déposé plainte ? oui ☐ (joindre une copie) non ☐

Nom et adresse de l'avocat ou de la personne chargée de vos intérêts : _____

☐ J'accepte la transmission par le service médical au service juridique de la mutuelle, en cas d'accident médical ou dommage causé par un produit de santé défectueux (médicament, sonde cardiaque, prothèse, etc), des avis et décisions rendus par une Commission de conciliation et d'indemnisation et/ou l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux et des rapports d'expertise me concernant afin que la mutuelle puisse récupérer les frais engagés auprès du responsable du dommage ou de son assureur.

A : _____

Le : _____

Signature du Membre participant