

Déclaration à compléter et à nous retourner :

N° Adhérent :



## DÉCLARATION D'ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS

### IDENTIFICATION

Date de l'accident :

Nom et prénom de la victime :

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance :

N° Police :

### CIRCONSTANCES

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Accident de la circulation                      | <input type="checkbox"/> Accident sportif  |
| <input type="checkbox"/> Coups et blessures (agression)                  | <input type="checkbox"/> Accident scolaire |
| <input type="checkbox"/> Autre (chute, accident de la voie publique ...) | <input type="checkbox"/> Morsure d'animal  |

### AUTEUR DE L'ACCIDENT

Nom et prénom :

Nom de sa compagnie d'assurance :

Adresse de cette compagnie d'assurance :

N° Police :

N° Sinistre :

### SOINS EN RAPPORT AVEC L'ACCIDENT

Hospitalisation :  Oui  Non

Si oui préciser la durée : Du au

Si oui dans quel établissement ?

Autres soins (préciser les dates) :

Consultation :

Soins dentaires :

Radio :

Lunettes :

Soins de kiné :

Pharmacie :

Analyses :

Autres :

### DATE DE CONSOLIDATION DU DOSSIER :

#### Pourquoi remplir cette déclaration ?

En cas d'accident causé par un tiers, la mutuelle récupère les frais qu'elle a versés pour votre prise en charge (frais d'hospitalisation, médicaments ...) auprès de l'assureur de la personne responsable.

En tant que victime, vous pouvez aider la mutuelle dans cette démarche en remplissant cette déclaration.

#### Qu'est-ce que ça change pour vos remboursements ?

Rien. Vous continuez d'être pris en charge de la même façon. Seule l'assurance du tiers impliqué dans l'accident est contactée pour récupérer la somme avancée par la mutuelle.