

# DECLARATION D'UN DOMMAGE CORPOREL CAUSE PAR UN TIERS



Caisse de  
PRÉVOYANCE SOCIALE  
Saint-Pierre et Miquelon

(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 victime d'un dommage corporel causé par un tiers  
merci de compléter ce questionnaire et de l'adresser à votre organisme d'assurance maladie

Cochez la case désignant votre organisme de rattachement : CPAM  MSA  RSI  CPS   
Autre  précisez : \_\_\_\_\_ Département de votre caisse : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURE(E) SOCIAL(E)

### ● L'assuré(e)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
(Nom de naissance (de famille) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu))

Adresse : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Tél. domicile : \_\_\_\_\_ Tél. portable : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Indiquez le nom de votre organisme complémentaire santé (mutuelle...) : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous de la CMUC ? non  oui

### ● La victime (à compléter si la victime n'est pas l'assuré(e) social(e))

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) : \_\_\_\_\_

Indiquez le nom de votre organisme complémentaire santé (mutuelle...) : \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous de la CMUC ? non  oui

## CONSEQUENCES MEDICALES

● Passage aux Urgences  Date : \_\_\_\_\_ ● Hospitalisation

Période d'hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Période d'hospitalisation : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

Nom(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 \_\_\_\_\_

● Arrêt de travail à compter du \_\_\_\_\_ toujours en cours

## CIRCONSTANCES DES FAITS

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

● Date des faits \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_  
h mn

● 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\*  Autre  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 : \_\_\_\_\_

## PREUVE DES FAITS

Un 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 : \_\_\_\_\_  
Nom(s), prénom(s) et adresse(s) du (ou des) témoin(s) : \_\_\_\_\_

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

Nom, prénom et adresse : \_\_\_\_\_  
**Si le tiers responsable est mineur, nom(s), prénom(s) et adresse de la personne ayant l'autorité parentale :**  
Nom et adresse de sa compagnie d'assurances ou de l'agent local : \_\_\_\_\_  
N° de contrat : \_\_\_\_\_ N° de sinistre : \_\_\_\_\_

## S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION

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

- **Qualité de la victime :** Conducteur  Passager  Piéton  Cycliste
  - **Type de véhicule utilisé par la victime :** Motocyclette  Automobile  Transport en commun
- Autre  précisez : \_\_\_\_\_ ▶ Nombre de véhicules en cause : \_\_\_\_\_

### ● Coordonnées de la compagnie d'assurances

▶ **Si la victime était conducteur,** indiquez :

Le nom et l'adresse de la compagnie assurant le véhicule : \_\_\_\_\_

N° de contrat : \_\_\_\_\_ N° de sinistre : \_\_\_\_\_ N° d'immatriculation du véhicule : \_\_\_\_\_

Date de déclaration du sinistre : | | | | | | | | | |

▶ **Si la victime était passager,** 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 : \_\_\_\_\_

## PRESENCE D'AUTRES VICTIMES

(le cas échéant, et si vous les connaissez, indiquez leur nom, prénom(s), adresse et date de naissance)

### J'accepte :

- l'échange d'informations médicales entre les médecins conseils en charge de mon dossier (article L. 315-1 V du Code de la sécurité sociale).
- la transmission par le service médical au service juridique de la caisse, 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 caisse puisse récupérer les frais engagés auprès du responsable du dommage ou de son assureur.
- la transmission de ce questionnaire à mon organisme complémentaire, si une convention d'échange existe, pour lui permettre de solliciter auprès du responsable du dommage ou de son assureur le remboursement des prestations versées.

A

Signature de l'assuré(e)

Le | | | | | | | | | |

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.