

A RETOURNER A VOTRE ORGANISME MUTUALISTE

CAUSES ET CIRCONSTANCES DES FAITS

Identification de la (ou des) victimes : Nom, prénom : _____

assuré conjoint enfant Date de naissance :

--	--	--	--	--	--

 autre ayant-droit

Date des faits : _____ Lieu (précis) : _____

Nature des faits : Coups et blessures volontaires
 Accident de la circulation
 Autre

Situation lors des faits : Piéton Conducteur
 Passager Autre

Narration des faits: date, heure, lieu : _____

Si la victime était **conductrice, piéton, autre**

- compagnie d'assurance : _____ N° police/sinistre : _____

- adresse : _____

Si la victime était **passagère**

- nom, prénom, adresse du conducteur : _____

- compagnie d'assurance : _____ N° police/sinistre : _____

- adresse : _____

- indiquez, si possible, votre numéro de téléphone : _____

Dans tous les cas :

- nom, prénom, adresse du responsable du sinistre : _____

- compagnie d'assurance : _____ N° police/sinistre : _____

- adresse : _____

TEMOINS (noms, prénoms, adresse) : _____

PROCÉDURE

Avez-vous déposé plainte ? OUI NON

Si OUI, où : _____

Avez-vous pris un défenseur ? OUI NON

Si OUI, nom et adresse : _____

Si le tiers est poursuivi devant le tribunal correctionnel ou de police, veuillez nous adresser l'avis d'audience

NATURE DES SOINS RECUS

SIÈGE DES LÉSIONS : _____

(joindre une copie du certificat médical initial descriptif des blessures)

Hospitalisation à : _____

du _____ au _____

Les soins sont-ils terminés ? OUI NON

A _____ le _____

Signature de l'affilié