



Caisse de Prévoyance
et de Retraite
du personnel de la SNCF

Madame, Monsieur,

Je viens d'être informé de l'accident dont vous-même ou l'un des membres de votre famille avez été victime.

Par accident il faut entendre tout fait accidentel quel qu'il soit : accident de la circulation, accident domestique, accident scolaire, accident sportif, agression, morsure d'animaux, chute etc.

Il est indispensable que nous connaissions les circonstances et les conséquences de cet accident.

En effet, en cas d'implication d'un tiers, et conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale, votre Caisse de prévoyance et de retraite ainsi que votre organisme mutualiste disposent d'un recours contre le tiers.

Le dommage corporel subi vous paraît-il entraîner la responsabilité d'une autre personne (tiers) ?

 OUI NON

Si OUI, vous trouverez ci-joint deux questionnaires :

- le premier est à retourner à votre Caisse à l'adresse indiquée ci-dessous
- le second est à adresser directement à votre organisme mutualiste à l'adresse figurant sur votre carte mutualiste

Je vous informe que vos prestations seront réglées dans les conditions habituelles, **quelle que soit votre éventuelle part de responsabilité.**

Je vous remercie par avance de compléter ces questionnaires et les retourner le plus rapidement possible **même en cas de réponse négative.**

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le Responsable du service des recours contre tiers,

PJ : 1 questionnaire

A RETOURNER AU SERVICE RECOURS CONTRE TIERS DE LA CAISSE

CAUSES ET CIRCONSTANCES DES FAITS

Identification de la (ou des) victimes :

N° d'immatriculation

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