



**DECLARATION « Assurance de Personne » ⇨ ACCIDENT CORPOREL**

**ASSURE :**

Contrat N° : \_\_\_\_\_ Caisse locale : \_\_\_\_\_

NOM : \_\_\_\_\_

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

Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**VICTIME :**

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ N° INSEE : \_\_\_\_\_

Régime obligatoire (MSA, GAMEX, CPAM,...) : \_\_\_\_\_

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

Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_ Email : \_\_\_\_\_

**ACCIDENT :**

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_

Circonstances : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nature des blessures (joindre un certificat médical) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

***Pour le remboursement des frais de soins, nous adresser les originaux des décomptes du régime de base et éventuellement des décomptes du régime complémentaire.***

Hospitalisation : OUI  NON

Si oui, lieu : \_\_\_\_\_

L'accident est-il dû à un tiers ? OUI  NON

Si oui, NOM et prénom : \_\_\_\_\_

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

Assureur : \_\_\_\_\_

PV de Gendarmerie : OUI  NON

Si oui, établi par : \_\_\_\_\_

Témoins : OUI  NON

Si oui, NOM et prénom : \_\_\_\_\_

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

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de l'assuré