

QUESTIONNAIRE ACCIDENT

À retourner rempli, daté et signé au Service Contentieux de la MCEN

Les renseignements fournis sur ce questionnaire par l'assuré sont indispensables à la MCEN pour lui permettre d'exercer son recours à l'encontre du ou des tiers présumé(s) responsable(s) de l'accident visant à obtenir le remboursement des prestations versées (art L. 376-1 du code de la Sécurité Sociale).

Il vous appartient également d'informer votre organisme de Sécurité Sociale de l'accident dont vous avez été victime.

IDENTITÉ DE L'ASSURÉ

NOM Prénom

N° d'adhérent

Adresse

Code Postal Commune

Téléphone

IDENTITÉ DE LA VICTIME

(à remplir si différente de l'assuré)

NOM Prénom

Qualité : Conjoint Enfant

CIRCONSTANCE DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : / / 20.....

Description des circonstances de l'accident :

.....
.....
.....
.....

L'accident est-il survenu pendant le travail ? Oui Non

Nature de l'accident :

Circulation Agression

Scolaire Sportif

Autres (à préciser)

Tournez la page SVP 

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT À LA MCEN D'EXERCER SON RECOURS

À qui incombe selon vous la responsabilité ?.....

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance

.....

.....

Nom et prénom du tiers mis en cause

Nom et adresse de sa compagnie d'assurance

.....

.....

N° de sinistre

CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT POUR LA VICTIME

La victime a-t-elle été hospitalisée ? Oui Non

Si oui, compléter le tableau en annexe

La victime est-elle allée en consultation ? Oui Non

Si oui, compléter le tableau en annexe

Les soins sont-ils terminés ? Oui Depuis quelle date/...../20.....

Non Durée probable

À Le

Signature

Nous vous remercions de la diligence dont vous faites preuve et de l'aide que vous pourrez nous apporter dans le traitement de ce dossier.

