

FORMULAIRE DE DECLARATION ACCIDENT

À retourner rempli, daté et signé au Service Contentieux de la MCEN ou par mail à l'adresse suivante :
contentieux@mcen.fr

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

N° INSEE

N° adhérent MCEN :

☐ M. ☐ Mme NOM Prénom

Adresse

.....

Code Postal Commune

Téléphone

IDENTITÉ DE LA VICTIME

(À remplir si différente de l'assuré)

NOM Prénom

Qualité : ☐ Conjoint ☐ Enfant

NATURE DE L'ACCIDENT

☐ Circulation

☐ Agression

☐ Scolaire

☐ Sportif

Autres (à préciser).....

CIRCONSTANCE DE L'ACCIDENT

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

Description des circonstances de l'accident :

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

À qui incombe selon vous la responsabilité ?

VOTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE

N° de sinistre.....
Nom de votre compagnie d'assurance
Adresse de votre compagnie d'assurance
.....
Code PostalCommune.....

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT À LA MCEN D'EXERCER SON RECOURS

Nom et prénom du tiers mis en cause.....
N° de sinistre.....
Nom de sa compagnie d'assurance
Adresse de sa compagnie d'assurance
.....
Code PostalCommune.....

CONSÉQUENCES DE L'ACCIDENT POUR LA VICTIME

La victime a-t-elle été hospitalisée ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, date d'entrée :
La victime est-elle allée en consultation ? ☐ Oui ☐ Non
☐ Généraliste ☐ Spécialiste
Autres (à préciser).....
Les soins sont-ils terminés ? ☐ Oui Depuis quelle date.....
☐ Non Durée probable

Fait à Le.....

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.

Signature