

VICTIME D'UN ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS ? J'EN INFORME MA MUTUELLE

Qu'est-ce qu'un accident causé par un tiers ?

Il s'agit d'un accident dont vous êtes la victime et dans lequel la responsabilité d'un tiers est engagée.

Cette autre personne peut être un particulier (on parle alors de personne physique), une entreprise ou une administration (on parle alors de personne morale).

Pourquoi dois-je déclarer l'accident causé par un tiers à la MCEN ?

Lors d'un accident causé par un tiers, c'est la responsabilité d'un autre qui est engagée ! Il est donc indispensable que la MCEN en ait connaissance pour exercer son recours auprès de la personne reconnue responsable ou de sa compagnie d'assurance.

De combien de temps je dispose pour déclarer mon accident ?

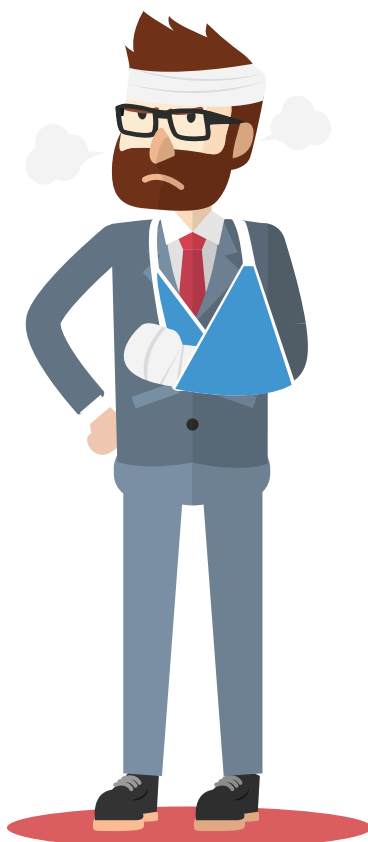
Votre accident doit être déclaré à la MCEN dès que possible.

Comment puis-je déclarer mon accident à la MCEN ?

Il vous suffit de remplir, dater et signer le questionnaire accident ci-dessous et le retourner au service Contentieux de la MCEN, 22 rue de l'Arcade 75397 PARIS Cedex 08.

Qu'en est-il de mes remboursements ?

Pour vous, rien ne change. Vous serez remboursé(e) selon les conditions et taux habituels dans les mêmes délais.



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° INSEE :** _____**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 :** _____**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)

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 de 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 ?

(si oui complétez le tableau page suivante)

Oui Non

La victime est-elle allée en consultation ?

(si oui complétez le tableau page suivante)

Oui Non

Les soins sont-ils terminés ?

Oui Depuis quelle date

Non Durée probable

Fait 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.

