DECLARATION D'ACCIDENT AYANT UN TIERS EN CAUSE

Ne pas omettre de mentionner sur chaque feuille de soins en rapport avec votre accident la mention ADC

L'ASSURE/E

Le/La sousigné/e Nom (1) et prénom : _____

Nom d'usage : _____

Matricule SPME : |__|__|__|__|__| Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : _____

_____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Email : _____

(1) Nom de jeune fille pour les dames

DECLARE

❒ avoir été victime d'un accident

❒ que mon conjoint (nom et prénom) _____ a été victime d'un accident

❒ que mon enfant (nom et prénom) _____ a été victime d'un accident

survenu à _____ le |__|__|__|__|__|__|__|__| à |__|__| heures |__|__|

Nom de la compagnie d'assurances _____

Adresse complète de l'agence _____

N° de sinistre _____ N° de police _____

CIRCONSTANCES PRECISES ET DETAILLEES DE L'ACCIDENT

_____

_____

_____

_____

_____

Descriptif des blessures : _____

_____

Y a-t-il eu : ❒Constat amiable - ❒Rapport de police (cocher la case correspondante)

S'agit-il d'un accident intervenu (*à cocher*) : ❒ à l'occasion du travail - ❒ pendant le trajet-travail

❒ hors du cadre du travail

IDENTIFICATION DU TIERS RESPONSABLE

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Son n° de police d'assurances : _____

Sa compagnie d'assurance : _____

Adresse complète de l'agence : _____

Fait à ..... Le ..... Signature : .....……...

Documents à fournir :

- Certificat de constatation de blessures établi par le médecin traitant ou l'établissement hospitalier,
- Copie du constat amiable s'il en a été établi un,
- Copie du rapport de police ou de gendarmerie s'il en a été établi un.

23, avenue Albert II - B.P. 679
MC 98014 MONACO CEDEX
Tél. : (+377) 98 98 81 39
Fax : (+377) 98 98 41 67