Gouvernement Princier
PRINCIPAUTÉ DE MONACO

Direction des Prestations Médicales
et Familiales de l'État

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 DPMFE : |__|__|__|__|__|__| 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

Département des Affaires Sociales et de la Santé