



**IDENTITÉ TIERS RESPONSABLE**

- Nom et prénom (en capitales): .....
- Nom et adresse des personnes civilement responsables si le tiers est mineur : .....
- N° police (obligatoire) / N° sinistre : .....

**PROCÉDURE ET PIÈCES**

- Un rapport de police a-t-il été établi ?  Oui (joindre une copie)  Non
- Un constat amiable a-t-il été établi entre les parties ?  Oui (joindre une copie)  Non
- Avez-vous porté plainte ?  Oui (joindre une copie)  Non
- Avez-vous pris un avocat ?  Oui (joindre une copie)  Non

Si oui : nom et adresse .....

- Témoins ? Oui / Non

Si oui : noms, prénoms et et adresse .....

**CONSÉQUENCES MÉDICALES**

- Nature et siège des lésions (joindre une copie du certificat médical initial descriptif des blessures) :

.....

- Passage aux urgences  Date :
- Hospitalisation

Si oui, dates d'hospitalisation : .....

Dans quel établissement :

- Soins : au cabinet médical du médecin ou à domicile
- dans un établissement hospitalier

- Les soins sont-ils terminés ?  Oui  Non

Si oui, depuis quelle date .....

Si non, durée probable des soins .....

- Arrêt de travail ?  Oui  Non

Si oui, à compter du .....

Toujours en cours

***Pensez à faire la déclaration de cet accident à votre organisme de santé (mutuelle)***

Fait à .....

Signature

Le :

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification auprès de votre organisme pour les données vous concernant.