

## FICHE DE DECLARATION D'ACCIDENT

### Vos coordonnées :

NOM : -----  
PRENOM : -----  
NUMERO DE TELEPHONE : -----  
NUMERO D'ADHERENT : -----  
NUMERO DE SECURITE SOCIALE : -----

### TYPE D'ACCIDENT : Cochez puis remplissez l'encadré correspondant

- ACCIDENT DE TRAVAIL     ACCIDENT TIERS-RESPONSABLE     ACCIDENT DOMICILE/TRAVAIL  
 MALADIE PROFESIONNELLE     ACCIDENT DOMESTIQUE     ACCIDENT DE LA CIRCULATION

### **ACCIDENT DE TRAVAIL (Joindre impérativement la copie de la déclaration faite à la sécurité sociale)**

DATE DE L'ACCIDENT : -----

### **ACCIDENT TIERS-RESPONSABLE (Joindre impérativement la copie Du Procès-verbal de police s'il en existe un)**

DATE DE L'ACCIDENT : -----  
NOM ET COORDONNEES DE L'ASSURANCE DU TIERS-RESPONSABLE : -----  
-----  
-----  
-----

### **ACCIDENT TRAJET DOMICILE/TRAVAIL (Joindre impérativement la copie de la déclaration faite à la sécurité sociale ainsi que la copie du Procès-verbal de police s'il en existe un)**

DATE DE L'ACCIDENT : -----  
NOM ET COORDONNEES DE L'ASSURANCE DU TIERS-RESPONSABLE : (Si tierce-personne impliquée)-----  
-----  
-----  
NOM ET COORDONNEES DE VOTRE ASSURANCE :-----  
-----  
-----

**MALADIE PROFESSIONNELLE : (Joindre impérativement la copie de la déclaration faite à la sécurité sociale)**

DATE DE DECLARATION : -----

**ACCIDENT DOMESTIQUE :**

DATE DE L'ACCIDENT : -----

**ACCIDENT DE LA CIRCULATION : (Joindre impérativement la copie de la déclaration faite à la sécurité sociale ainsi que la copie du Procès-verbal de police s'il en existe un)**

DATE DE L'ACCIDENT : -----

NOM ET COORDONNEES DE L'ASSURANCE DU TIERS-RESPONSABLE : (Si tierce-personne impliquée)-----

-----

NOM ET COORDONNEES DE VOTRE ASSURANCE :-----

-----

**DECLARATION :**

Avez-vous déclaré l'accident à l'assurance maladie ?	OUI	NON
Avez-vous déclaré l'accident à votre assurance ?	OUI	NON

**IMPORTANT** : Vous devez également déclarer cet accident à la sécurité sociale. Si un procès-verbal a été établi, nous vous remercions de nous en transmettre une copie.

**INFORMATION ADHERENT** : Cette déclaration n'entrave en rien le remboursement de vos prestations. Nous procéderons comme pour les autres prestations aux remboursements qui vous sont dus, pour autant l'instruction de votre dossier nous permettra de nous faire rembourser les frais engagés auprès de la compagnie d'assurance du tiers-responsable ou auprès de l'assurance maladie.

FAIT A :

Signature :

Le :

**LA MUTUELLE  
CATALANE**

Optez pour une mutuelle plus humaine