

CAISSE D'ASSURANCE
VIEILLESSE INVALIDITE
ET MALADIE
DES CULTES



cavimac

Déclaration d'accident corporel

*Service des prestations maladie
Pôle relations extérieures*

- ▶ **Pour nous contacter :**
**Vous désirez des informations complémentaires,
vous souhaitez nous rencontrer,**
 - ▶ **appelez-nous au 01 41 58 45 45**
 - ▶ **connectez-vous sur le site www.cavimac.fr**



DECLARATION D'ACCIDENT CORPOREL

IMPORTANT

Ce questionnaire doit être rempli par l'assuré(e) pour tout accident corporel impliquant l'intervention d'un tiers, quel qu'il soit.

Les renseignements demandés ont tous leur importance. Il est donc indispensable que le questionnaire soit rempli en totalité.

Nous vous remercions de **remplir cet imprimé le plus lisiblement possible.**

Renseignements concernant l'assuré(e)

NOM – Prénom :

Né(e) le :

Mle :

Diocèse, Congrégation, institut, collectivité d'appartenance :

Adresse habituelle de l'assuré(e) :

Renseignements concernant le tiers :

NOM – Prénom :

Adresse :

Nom et adresse de sa Compagnie d'Assurance :

N° de police :

N° de sinistre :

Cette compagnie d'assurance vous a-t-elle déjà fait une offre d'indemnité :

oui

non

Si oui, veuillez nous joindre une copie de celle ci.

Accident :

Date :

Heure :

Lieu :

Un **constat amiable** a-t-il été établi lors de l'accident ?

oui

non

Si oui, joindre une copie.

Un **rapport de gendarmerie ou de police** a-t-il été établi ?

oui

non

Si oui par qui ?

<p>Avez-vous été hospitalisé(e) ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, dans quel établissement ?</p> <p>Pendant quelle période ?</p> <p>Du : Au</p>	<p>Noms et adresses des témoins éventuels :</p>
<p>Au moment de l'accident, étiez-vous :</p> <p><input type="checkbox"/> Conducteur <input type="checkbox"/> Passager</p> <p><input type="checkbox"/> Cyclomotoriste <input type="checkbox"/> Cycliste</p> <p><input type="checkbox"/> Piéton</p> <p>Si vous étiez passager, quel était le nom du conducteur ?</p> <p>Etiez-vous en possession d'un titre vous reconnaissant un taux d'invalidité ou d'incapacité permanente au moins égal à 80% (carte d'invalidité...) ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>	<p>Précisez la nature de vos blessures :</p> <p>Merci de joindre un certificat descriptif des blessures établi par le médecin traitant.</p>
<p>Par quel moyen allez-vous poursuivre la réparation du préjudice que vous avez subi (matériel, corporel, personnel) :</p> <p>Avez-vous porté plainte ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Ferez-vous appel à un avocat pour vous assister dans vos démarches ?</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Si oui, merci de nous préciser ses coordonnées.</p>	<p>Renseignements concernant votre Compagnie d'Assurance :</p> <p>Nom et adresse :</p> <p>N° de police :</p> <p>N° de sinistre :</p>
<p>Expliquez de façon concise et précise comment l'accident s'est produit :</p>	<p>Croquis de l'accident :</p> <p>(à remplir impérativement)</p>

Certifié exact et sincère, le

à

Signature