

Démarche	: Déclarer un dommage corporel causé par un tiers
Organisme	: Service recours contre tiers

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Déclarer une blessure ou un accident causé par un tiers ayant donné lieu à une prise en charge médicale.

Vous êtes concernés si vous ou vos proches êtes victimes de blessures causées volontairement ou par la faute, l'imprudence ou la négligence d'une tierce personne identifiée (un particulier, une entreprise, une administration ou un établissement de santé), ayant pour origine :

- Des coups et blessures volontaires,
- Un accident de la circulation ou de transport en commun, un accident sportif ou de loisir, un accident scolaire, un accident médical,
- une chute dans un lieu recevant du public (magasin, administration...) ou à cause d'un mauvais entretien de la voirie,
- Une chute ou une morsure d'un animal,
- Un produit défectueux ou un objet appartenant à une autre personne,

Cette déclaration permet à votre caisse d'assurance maladie de réclamer au responsable ou à son assurance le remboursement des prestations (indemnités journalières, rente accident du travail, pension d'invalidité) **et des frais** (médicaux, pharmaceutiques, d'appareillage) **versés en lien avec votre accident**. Ainsi, ce n'est pas l'Assurance Maladie qui subit les conséquences financières de l'événement, mais la compagnie d'assurance du tiers responsable, ou à défaut, le tiers responsable lui-même.

Cette démarche est obligatoire mais c'est surtout un « bon réflexe » en faveur de la collectivité permettant de préserver notre système de santé (près d'un milliard d'euros est récupéré chaque année).

Signaler l'accident peut également permettre d'accélérer votre propre indemnisation par l'assureur.

Informatique et libertés

Les informations collectées dans le formulaire ci-dessous sont nécessaires à la gestion des signalements de recours contre tiers, conformément aux dispositions en vigueur. Elles sont réservées au personnel habilité des organismes d'Assurance Maladie compétents pour l'instruction des dossiers.

ORGANISME DE RATTACHEMENT DE LA VICTIME

Choisir le département de la victime

Ce choix permet de définir l'organisme d'assurance maladie compétent

Déclarer un dommage corporel causé par un tiers

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- 1-Ain
- 2-Aisne
- 3-Allier
- 4-Alpes-de-Haute-Provence
- 5-Hautes-Alpes
- 6-Alpes-Maritimes
- 7-Ardèche
- 8-Ardennes
- 9-Ariège
- 10-Aube
- 11-Aude
- 12-Aveyron
- 13-Bouches-du-Rhône
- 14-Calvados
- 15-Cantal
- 16-Charente
- 17-Charente-Maritime
- 18-Cher
- 19-Corrèze
- 21-Côte-d'Or
- 22-Côtes d'Armor
- 23-Creuse
- 24-Dordogne
- 25-Doubs
- 26-Drôme
- 27-Eure
- 28-Eure-et-Loir
- 29-Finistère
- 2A-Corse-du-Sud
- 2B-Haute-Corse
- 30-Gard
- 31-Haute-Garonne
- 32-Gers
-

Déclarer un dommage corporel causé par un tiers

- 34-Hérault
- 35-Ille-et-Vilaine
- 36-Indre
- 37-Indre-et-Loire
- 38-Isère
- 39-Jura
- 40-Landes
- 41-Loir-et-Cher
- 42-Loire
- 43-Haute-Loire
- 44-Loire-Atlantique
- 45-Loiret
- 46-Lot
- 47-Lot-et-Garonne
- 48-Lozère
- 49-Maine-et-Loire
- 50-Manche
- 51-Marne
- 52-Haute-Marne
- 53-Mayenne
- 54-Meurthe-et-Moselle
- 55-Meuse
- 56-Morbihan
- 57-Moselle
- 58-Nièvre
- 59-Nord
- 60-Oise
- 61-Orne
- 62-Pas-de-Calais
- 63-Puy-de-Dôme
- 64-Pyrénées-Atlantiques
- 65-Hautes-Pyrénées
- 66-Pyrénées-Orientales
-

Déclarer un dommage corporel causé par un tiers

- 68-Haut-Rhin
- 69-Rhône
- 70-Haute-Saône
- 71-Saône-et-Loire
- 72-Sarthe
- 73-Savoie
- 74-Haute-Savoie
- 75-Paris
- 76-Seine-Maritime
- 77-Seine-et-Marne
- 78-Yvelines
- 79-Deux-Sèvres
- 80-Somme
- 81-Tarn
- 82-Tarn-et-Garonne
- 83-Var
- 84-Vaucluse
- 85-Vendée
- 86-Vienne
- 87-Haute-Vienne
- 88-Vosges
- 89-Yonne
- 90-Territoire de Belfort
- 91-Essonne
- 92-Hauts-de-Seine
- 93-Seine-St-Denis
- 94-Val-de-Marne
- 95-Val-D'Oise
- 971-Guadeloupe
- 972-Martinique
- 973-Guyane
- 974-La Réunion
- 976-Mayotte

Déclarer un dommage corporel causé par un tiers

Mois de naissance de la victime

L'organisme compétent pour le département des Bouche-du-Rhône est fonction du mois de naissance de la victime

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Né(e) entre janvier et juin

Né(e) entre juillet et décembre et date de naissance présumée

De quelle caisse primaire dépend la victime?

L'organisme compétent pour le département du Nord est fonction de la caisse primaire d'affiliation

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Roubaix-Tourcoing

Hainaut

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME

Civilité

Mme

M.

Prénom

Nom

Nom de naissance (de famille) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)

Numéro de sécurité sociale

Votre numéro se trouve sur votre carte vitale. Celui-ci comporte 15 caractères : 13 pour l'identification et 2 pour la clé.
Exemple : 1 73 07 75 258 154 57

Date de naissance

Numéro de téléphone

Adresse mail

Situation

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

salarié(e)

sans emploi

travailleur(se) indépendante

fonctionnaire

Déclarer un dommage corporel causé par un tiers

Administration

Préciser l'administration d'affectation

Le déclarant n'est pas la victime

Cocher cette case si vous déclarez pour le compte de la victime

Cochez la mention applicable

Oui

Non

Lien avec la victime

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Ayant-droit

Autre

Nom et prénom de l'ayant-droit

Nom de naissance (de famille) suivi du nom d'usage (facultatif et s'il y a lieu)

Date de naissance de l'ayant-droit

Lien avec l'ayant-droit

Préciser

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Enfant

Conjoint

Ascendant

Déclarant pour le compte de la victime

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Conjoint

Ascendant

Tutelle ou mesures de protection

Praticien ou établissement de santé

LE TIERS RESPONSABLE, à l'origine de la blessure ou de l'accident *

Le tiers à l'origine de la blessure ou de l'accident

* Il s'agit de la personne (particulier, entreprise, administration...) impliquée dans l'accident en tant qu'auteur du dommage lui-même ou en tant que responsable d'une personne, d'un animal, d'une chose ou d'un bien qu'il a sous sa garde, et qui a contribué à la réalisation du dommage.

Merci de cocher parmi ces trois propositions

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

Aucun tiers n'est impliqué

Déclarer un dommage corporel causé par un tiers

- Le tiers est une personne physique
- Le tiers est une personne morale

Confirmez-vous l'absence d'un tiers responsable?

Si aucune personne physique ou morale n'est impliquée dans la survenance du fait accidentel, aucun recours ne peut être exercé ; il sera mis fin à la déclaration. Veuillez confirmer SVP

Cochez la mention applicable

- Oui
- Non

Veuillez cocher l'une des deux propositions ci-dessus

Le tiers est soit une personne physique soit une personne morale

S'agit-il d'un mineur ?

Cochez la mention applicable

- Oui
- Non

Quel type de personne morale?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Une entreprise
- Un établissement de santé
- Un espace commercial
- Une administration, collectivité, commune
- Un établissement scolaire

CIRCONSTANCES A L'ORIGINE DE LA BLESSURE OU DE L'ACCIDENT

Date des faits

Heures des faits

Accident du travail ou de trajet

cocher cette case s'il s'agit d'un accident du travail

Cochez la mention applicable

- Oui
- Non

Lieu des faits

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Domicile
- Trajet domicile/travail
- Travail
-

Déclarer un dommage corporel causé par un tiers

- Salle de sport
- Magasin
- Voie publique
- Lieu de loisirs
- Établissement de santé

Adresse des faits si connue

Circonstances à l'origine de la blessure ou de l'accident

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Accident de la circulation
- Accident médical
- Activité scolaire/périscolaire
- Activité sportive
- Accident dans un lieu public (magasin, administration...)
- Accident domestique
- Accident de loisirs
- Accident de chasse
- Blessure ou accident causé par un animal
- Coups et blessures volontaires
- Mauvais état de la voirie
- Produits défectueux

Quel type d'accident de la circulation?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- Conducteur
- Passager
- Cycliste
- Piéton
- EDPM (Engin de Déplacement Personnel Motorisé) Trottinettes électriques, monoroues, gyropodes, hoverboards.

VALIDATION

J'accepte

L'ACCEPTATION EST INDISPENSABLE POUR L'EXPLOITATION DE CETTE DÉCLARATION.

L'échange d'informations médicales entre le service médical et le service administratif de la caisse (1), ainsi qu'entre les

**Déclarer un dommage corporel causé par un tiers
médecins conseils en charge de mon dossier (art. L.315-1V du code de la sécurité sociale) pour permettre l'exercice du
Recours Contre Tiers de l'assurance maladie auprès du tiers responsable ou son assureur.**

(1) Notamment les rapports d'expertise médicale en lien avec mon accident, les avis et décisions rendus par la CCI (commission de conciliation et d'indemnisation) et/ou l'ONIAM (office national d'indemnisation) en cas d'accident médical ou d'un dommage dû à un produit de santé défectueux (médicament, sonde cardiaque, prothèse, etc.)

Cochez la mention applicable

Oui

Non

J'atteste

de l'exactitude des renseignements portés sur cette déclaration

La loi rend possible d'amende et/ou emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter de faire obtenir des avantages indus (art. 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, art. L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Cochez la mention applicable

Oui

Non