Déclaration d'accident

A adresser à la mutuelle Myriade dans les 48 heures de sa survenance.

IDENTITÉ DE L'ACCIDENTÉ(E)

Nom et prénom de l'accidenté(e) .....

Adresse .....

Code Postal |_|_|_|_|_| Ville .....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Date de l'accident |_|_|_|_|_|_|

IDENTITÉ DU TITULAIRE DU CONTRAT MYRIADE

Nom et prénom du titulaire du contrat Myriade .....

N° Adhérent |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Lien avec l'accidenté(e) : ☐ Père ☐ Mère ☐ Conjoint

Nom et adresse de la compagnie d'Assurances ou de l'agence locale .....

.....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de police ..... N° de sinistre .....

TYPES D'ACCIDENT

De quel type d'accident avez-vous été victime ?

☐ accident de la circulation ☐ accident scolaire ☐ accident sportif

☐ accident de la vie privée ☐ accident du travail ☐ autre (à préciser) : .....

CAUSES ET CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT *(joindre la copie de votre déclaration à votre assurance)*

.....

.....

.....

.....

IDENTITÉ DU TIERS RESPONSABLE

Existe-il un tiers responsable ? ☐ oui ☐ non

Nom et prénom du tiers responsable .....

Adresse .....

Code Postal |_|_|_|_|_| Ville .....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Nom et adresse de la compagnie d'Assurances ou de l'agence locale .....

.....

Téléphone |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° de police ..... N° de sinistre .....

Je soussigné(e) M ..... atteste les informations portées sur ce document.

Fait à ..... , le |_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature :