

Démarche : Déclarer un accident causé par un tiers

Organisme : Service de traitement des démarches

## Identité du demandeur

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

## Formulaire

Cette démarche vous permet de <b>déclarer un accident ou une blessure causée par un tiers, ayant entraîné une prise en charge médicale par la MSA</b>.

Vous êtes concerné(e) si <b>vous, votre conjoint ou votre enfant</b> avez été blessé(e) à la suite d'un événement dont une autre personne ou un organisme peut être responsable, par exemple :

- un accident de la circulation ou de transport (voiture, vélo, piéton...),
- une agression ou des coups et blessures volontaires,
- un accident sportif, de loisir ou scolaire,
- une chute dans un lieu recevant du public (magasin, administration...) ou liée à un mauvais état de la voirie,
- une morsure ou une chute causée par un animal,
- un accident médical ou une infection contractée lors de soins,
- un objet ou un produit défectueux appartenant à un tiers.

### Identification de la victime

#### La victime est :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ moi-même (assuré(e) MSA)

☐ mon(ma) conjoint(e)

☐ mon enfant

#### Votre numéro de sécurité sociale (13 caractères)

Votre numéro de sécurité sociale est inscrit sur votre carte vitale, votre attestation de droits maladie ou votre carte de mutuelle par exemple. Il commence par "1" ou "2".

#### Votre département et caisse de MSA

Choisissez dans la liste le département associé à la caisse de MSA qui règle vos remboursements santé.

## Déclarer un accident causé par un tiers

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ 01 - Ain (MSA Ain-Rhône)
- ☐ 02 - Aisne (MSA Picardie)
- ☐ 03 - Allier (MSA Auvergne)
- ☐ 04 - Alpes de Haute-Provence (MSA Alpes-Vaucluse)
- ☐ 05 - Hautes Alpes (MSA Alpes-Vaucluse)
- ☐ 06 - Alpes-Maritimes (MSA Provence-Azur)
- ☐ 07 - Ardèche (MSA Ardèche Drôme Loire)
- ☐ 08 - Ardennes (MSA Marne-Ardennes-Meuse)
- ☐ 09 - Ariège (MSA Midi-Pyrénées Sud)
- ☐ 10 - Aube (MSA Sud Champagne)
- ☐ 11 - Aude (MSA Grand Sud)
- ☐ 12 - Aveyron (MSA Midi-Pyrénées Nord)
- ☐ 13 - Bouches-du-Rhône (MSA Provence-Azur)
- ☐ 14 - Calvados (MSA Côtes Normandes)
- ☐ 15 - Cantal (MSA Auvergne)
- ☐ 16 - Charente (MSA des Charentes)
- ☐ 17 - Charente-Maritime (MSA des Charentes)
- ☐ 18 - Cher (MSA Beauce Coeur de Loire)
- ☐ 19 - Corrèze (MSA Limousin)
- ☐ 20 - Corse (MSA de la Corse)
- ☐ 21 - Côte-d'Or (MSA de Bourgogne)
- ☐ 22 - Côtes d'Armor (MSA Armorique)
- ☐ 23 - Creuse (MSA Limousin)
- ☐ 24 - Dordogne (MSA Dordogne, Lot-et-Garonne)
- ☐ 25 - Doubs (MSA Franche-Comté)
- ☐ 26 - Drôme (MSA Ardèche Drôme Loire)
- ☐ 27 - Eure (MSA Haute-Normandie)
- ☐ 28 - Eure-et-Loir (MSA Beauce Coeur de Loire)
- ☐ 29 - Finistère (MSA Armorique)
- ☐ 30 - Gard (MSA Languedoc)
- ☐ 31 - Haute-Garonne (MSA Midi-Pyrénées Sud)
- ☐ 32 - Gers (MSA Midi-Pyrénées Sud)
- ☐ 33 - Gironde (MSA Gironde)
- ☐

## Déclarer un accident causé par un tiers

- ☐ 35 - Ille-et-Vilaine (MSA Portes de Bretagne)
- ☐ 36 - Indre (MSA Berry-Touraine)
- ☐ 37 - Indre-et-Loire (MSA Berry-Touraine)
- ☐ 38 - Isère (MSA Alpes du Nord)
- ☐ 39 - Jura (MSA Franche-Comté)
- ☐ 40 - Landes (MSA Sud Aquitaine)
- ☐ 41 - Loir-et-Cher (MSA Berry-Touraine)
- ☐ 42 - Loire (MSA Ardèche Drôme Loire)
- ☐ 43 - Haute-Loire (MSA Auvergne)
- ☐ 44 - Loire-Atlantique (MSA Loire-Atlantique Vendée)
- ☐ 45 - Loiret (MSA Beauce Coeur de Loire)
- ☐ 46 - Lot (MSA Midi-Pyrénées Nord)
- ☐ 47 - Lot-et-Garonne (MSA Dordogne, Lot et Garonne)
- ☐ 48 - Lozère (MSA Languedoc)
- ☐ 49 - Maine-et-Loire (MSA Maine-et-Loire)
- ☐ 50 - Manche (MSA Côtes Normandes)
- ☐ 51 - Marne (MSA Marne-Ardenne-Meuse)
- ☐ 52 - Haute-Marne (MSA Sud Champagne)
- ☐ 53 - Mayenne (MSA Mayenne-Orne-Sarthe)
- ☐ 54 - Meurthe-et-Moselle (MSA Lorraine)
- ☐ 55 - Meuse (MSA Marne-Ardenne-Meuse)
- ☐ 56 - Morbihan (MSA Portes de Bretagne)
- ☐ 57 - Moselle (MSA Lorraine)
- ☐ 58 - Nièvre (MSA Bourgogne)
- ☐ 59 - Nord (MSA Nord Pas-de-Calais)
- ☐ 60 - Oise (MSA Picardie)
- ☐ 61 - Orne (MSA Mayenne-Orne-Sarthe)
- ☐ 62 - Pas-de-Calais (MSA Nord Pas-de-Calais)
- ☐ 63 - Puy-de-Dôme (MSA Auvergne)
- ☐ 64 - Pyrénées-Atlantiques (MSA Sud Aquitaine)
- ☐ 65 - Hautes-Pyrénées (MSA Midi-Pyrénées Sud)
- ☐ 66 - Pyrénées-Orientales (MSA Grand Sud)
- ☐ 67 - Bas-Rhin (MSA Alsace)
- ☐

## Déclarer un accident causé par un tiers

- ☐ 69 - Rhône (MSA Ain-Rhône)
- ☐ 70 - Haute-Saône (MSA Franche-Comté)
- ☐ 71 - Saône-et-Loire (MSA Bourgogne)
- ☐ 72 - Sarthe (MSA Mayenne-Orne-Sarthe)
- ☐ 73 - Savoie (MSA Alpes du Nord)
- ☐ 74 - Haute-Savoie (MSA Alpes du Nord)
- ☐ 75 - Paris (MSA Ile-de-France)
- ☐ 76 - Seine-Maritime (MSA Haute-Normandie)
- ☐ 77 - Seine-et-Marne (MSA Ile-de-France)
- ☐ 78 - Yvelines (MSA Ile-de-France)
- ☐ 79 - Deux-Sèvres (MSA Poitou)
- ☐ 80 - Somme (MSA Picardie)
- ☐ 81 - Tarn (MSA Midi-Pyrénées Nord)
- ☐ 82 - Tarn-et-Garonne (MSA Midi-Pyrénées Nord)
- ☐ 83 - Var (MSA Provence-Azur)
- ☐ 84 - Vaucluse (MSA Alpes-Vaucluse)
- ☐ 85 - Vendée (MSA Loire-Atlantique Vendée)
- ☐ 86 - Vienne (MSA Poitou)
- ☐ 87 - Haute-Vienne (MSA Limousin)
- ☐ 88 - Vosges (MSA Lorraine)
- ☐ 89 - Yonne (MSA Bourgogne)
- ☐ 90 - Territoire-de-Belfort (MSA Franche-Comté)
- ☐ 91 - Essonne (MSA Ile-de-France)
- ☐ 92 - Hauts-de-Seine (MSA Ile-de-France)
- ☐ 93 - Seine-Saint-Denis (MSA Ile-de-France)
- ☐ 94 - Val-de-Marne (MSA Ile-de-France)
- ☐ 95 - Val-d'Oise (MSA Ile-de-France)

### Votre adresse

### Votre numéro de téléphone (facultatif)

En cas de besoin, nous pourrions vous joindre dans le cadre du traitement du dossier.

Déclarer un accident causé par un tiers

## Informations concernant votre conjoint(e)

## Informations concernant votre enfant

Nom(s)

Prénom(s)

Numéro de sécurité sociale de votre conjoint(e)

Le numéro de sécurité sociale est inscrit sur la carte vitale, l'attestation de droits maladie ou la carte de mutuelle par exemple. Il commence par "1" ou "2".

Numéro de sécurité sociale de votre enfant (si connu)

Le numéro de sécurité sociale est inscrit sur la carte vitale, l'attestation de droits maladie ou la carte de mutuelle par exemple. Il commence par "1" ou "2".

Date de naissance

## Informations sur l'assurance engagée

Votre compagnie d'assurance couvrant l'accident

Selon la situation, cela peut être votre assurance de responsabilité civile, habitation, véhicule...

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Je ne trouve pas mon assurance dans la liste

☐ ABEILLE IARD & SANTE

☐ ACM

☐ ACTE IARD

☐ AECS - L'OLIVIER ASSURANCES

☐ AGPM ASSURANCES

☐ AIG EUROPE SA

☐ AIOI NISSAY DOWA INSURANCE COMPANY OF EUROPE SE

☐ ALLIANZ IARD

☐ ALLIANZ OUTRE MER

☐ ALTIMA ASSURANCES

☐ AMALINE ASSURANCES

☐ AREAS DOMMAGES

☐ AMDM (ASSURANCE MUTUELLE DES MOTARDS)

☐ ASSURANCES MUTUELLES DE PICARDIE

## Déclarer un accident causé par un tiers

☐ ASSURANCE MUTUELLE D'OUTRE MER (AMOM)

☐ AUXILIAIRE

☐ AVANSSUR

☐ AXA FRANCE IARD

☐ AXERIA IARD

☐ BPCE ASSURANCES IARD

☐ CAMBTP

☐ CAMCA

☐ CARDIF IARD

☐ CARMA

☐ CHUBB EUROPEAN GROUP SE

☐ CMAM

☐ CMMA

☐ CNP ASSURANCES IARD

☐ EQUITE

☐ EURO INSIRANCE LIMITED

☐ GAMEST

☐ GAN ASSURANCES

☐ GENERALI BIKE

☐ GENERALI IARD

☐ GFA CARAIBES

☐ GMF ASSURANCES

☐ GREENVAL INSURANCE

☐ GROUPAMA ANTILLES GUYANE

☐ GROUPAMA CENTRE ATLANTIQUE

☐ GROUPAMA CENTRE MANCHE

☐ GROUPAMA GRAND EST

☐ GROUPAMA LOIRE BRETAGNE

☐ GROUPAMA MEDITERRANEE

☐ GROUPAMA NORD EST

☐ GROUPAMA D'OC

☐ GROUPAMA OCEAN INDIEN ET PACIFIQUE

☐ GROUPAMA PARIS VAL DE LOIRE

☐

## Déclarer un accident causé par un tiers

- ☐ HDI GLOBAL SE
- ☐ HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES
- ☐ LIBEA
- ☐ MAAF ASSURANCES SA
- ☐ MACIF
- ☐ MACIFILIA
- ☐ MACSF
- ☐ MAE
- ☐ MAIF
- ☐ MAM
- ☐ MAPA
- ☐ MASTER
- ☐ MATMUT
- ☐ MATMUT & CO (anciennement AMF assurances)
- ☐ MFA
- ☐ MMA IARD
- ☐ MONCEAU GENERALE ASSURANCES
- ☐ MUTUELLE DE POITIERS ASSURANCES
- ☐ MUTUELLE SAINT CHRISTOPHE
- ☐ NATIO ASSURANCES
- ☐ NATIONALE SUISSE ASSURANCES
- ☐ PACIFICA
- ☐ PFA
- ☐ PROBUS
- ☐ PROTEC BTP
- ☐ PROTECTOR FORSIKRING ASA
- ☐ PRUDENCE CREOLE
- ☐ QBE EUROPE
- ☐ RELYENS MUTUAL INSURANCE
- ☐ SAUVEGARDE (LA)
- ☐ SERENIS ASSURANCES
- ☐ SMA SA
- ☐ SMABTP
- ☐

## Déclarer un accident causé par un tiers

- ☐ SOFINSOD INSURANCE DAC
- ☐ SOGESSUR
- ☐ SURAVENIR ASSURANCES
- ☐ SWISSLIFE ASSURANCES DE BIENS
- ☐ THELEM ASSURANCES
- ☐ WAKAM
- ☐ XL INSURANCE COMPANY SE
- ☐ ZURICH INSURANCE EUROPE AG

### Nom de l'assurance

### Numéro de police d'assurance

Votre numéro de police d'assurance (ou numéro de contrat) est présent sur l'ensemble des supports papiers et électroniques émis par votre assureur.

### Avez-vous déclaré un sinistre à cette assurance ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

### Numéro du sinistre déclaré

## Déclaration de l'accident

### Date et Heure de l'accident

### Lieu de l'accident

### Type d'accident

Sélectionnez le type d'accident qui se rapproche le plus de votre situation.

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Chute
- ☐ Accident de la circulation
- ☐ Accident causé par un objet
- ☐ Accident causé par un animal
- ☐ Accident de sport



## Déclarer un accident causé par un tiers

- ☐ Accident scolaire
- ☐ Agression
- ☐ Erreur médicale
- ☐ Infection contractée en milieu hospitalier
- ☐ Accident de chasse

### La victime était :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Conducteur
- ☐ Passager
- ☐ Cycliste
- ☐ Piéton

### Un constat amiable a-t-il été établi ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Joindre la copie du constat amiable :

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

- ☐ Joindre un croquis en indiquant le tracé des voies, la direction des véhicules, leur position au moment du choc, les éventuels panneaux de signalisation

### L'accident est-il survenu dans le cadre du travail ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

### L'accident est survenu :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ en allant ou revenant du travail
- ☐ sur le lieu de travail ou en mission

### Récit détaillé des faits :

### L'accident a-t-il fait d'autre(s) blessé(s) ?

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

## Déclarer un accident causé par un tiers

Indiquez uniquement les personnes blessées qui sont également assurées à la MSA.

Si d'autres personnes non assurées MSA ont été blessées (amis, passants, collègues, membres d'un autre régime...), vous n'avez pas besoin de les mentionner : ces informations ne sont pas utilisées pour votre dossier.

**?** Si vous n'êtes pas certain(e), vous pouvez laisser ce champ vide ou répondre "Non" à la question précédente.

### Identification des blessés

Nom et prénom du blessé

Adresse du blessé

Date de naissance du blessé

Nom et prénom du blessé

Adresse du blessé

Date de naissance du blessé

Nom et prénom du blessé

Adresse du blessé

Date de naissance du blessé

**Y-a-il eu des témoins de cet accident ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Identification des témoins

## Déclarer un accident causé par un tiers

Nom et prénom du témoin

Adresse du témoin

Numéro de téléphone du témoin

Nom et prénom du témoin

Adresse du témoin

Numéro de téléphone du témoin

Nom et prénom du témoin

Adresse du témoin

Numéro de téléphone du témoin

## Démarches juridiques : plainte, avocat, action en justice

Avez-vous dépôt de plainte auprès des forces de l'ordre ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Lieu du dépôt de plainte (commissariat, gendarmerie)

Exemple : Commissariat de Nantes - 6 Place Waldeck Rousseau, 44000 Nantes

Un rapport de police ou gendarmerie (procès-verbal) a-t-il été établi ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Déclarer un accident causé par un tiers

### Avez-vous la copie du procès verbal ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Joindre une copie du procès verbal :

### A défaut, indiquez le numéro du procès verbal

Si vous connaissez déjà le numéro du procès-verbal, vous pouvez l'indiquer ici.  
Cela facilitera le suivi de votre dossier, même si vous n'avez pas encore le document.

### Commissariat ou gendarmerie ayant établi le procès-verbal :

Exemple : Commissariat de Nantes - 6 Place Waldeck Rousseau, 44000 Nantes

### Une action en justice contre l'auteur est-elle envisagée ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Avez-vous mandaté un avocat ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Nom de l'avocat :

### Adresse de l'avocat mandaté :

## Description des blessures

### Décrire la nature et la localisation des blessures :

### Y a-t-il eu une admission aux urgences ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## Déclarer un accident causé par un tiers

### Etablissement hospitalier fréquenté

Nom de l'établissement

Adresse de l'établissement

Date d'entrée

Date de sortie

### Y-a-il eu hospitalisation dans cet établissement ?

Vous avez passé au moins une nuit en hospitalisation

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nom de l'établissement

Adresse de l'établissement

Date d'entrée

Date de sortie

### Y-a-il eu hospitalisation dans cet établissement ?

Vous avez passé au moins une nuit en hospitalisation

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nom de l'établissement

Adresse de l'établissement

## Déclarer un accident causé par un tiers

Date d'entrée

Date de sortie

**Y-a-il eu hospitalisation dans cet établissement ?**

Vous avez passé au moins une nuit en hospitalisation

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Y a-t-il eu une hospitalisation dans un autre établissement ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Y a-t-il eu une hospitalisation ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Etablissement hospitalier fréquenté**

**Nom de l'établissement**

**Adresse de l'établissement**

Date d'entrée

Date de sortie

**Nom de l'établissement**

**Adresse de l'établissement**

Date d'entrée

## Déclarer un accident causé par un tiers

Date de sortie

Nom de l'établissement

Adresse de l'établissement

Date d'entrée

Date de sortie

Y a-t-il eu intervention du Samu ou du Smur ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Les soins sont-ils terminés ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui

☐ Non

☐ Pas concerné(e)

Date de fin des soins :

Date de fin des soins probable (facultatif) :

Y a-t-il eu arrêt de l'activité professionnelle ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Avez-vous perçu des indemnités journalières ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Date de début des indemnités journalières :

Déclarer un accident causé par un tiers  
Date de fin des indemnités journalières :

## Informations sur le tiers responsable

## Informations sur le conducteur

Nom et prénom du tiers responsable

Nom et prénom du conducteur

Adresse du tiers

Adresse du conducteur

Nom et adresse de la compagnie d'assurance du tiers :

Nom et adresse de la compagnie d'assurance du conducteur :

Numéro de police d'assurance du tiers :

Numéro de police d'assurance du conducteur :

Numéro de sinistre :

## Validation avant envoi

Je suis informé(e) de la possibilité d'échanges d'informations médicales entre médecins conseils MSA en charge de mon dossier et j'atteste ne pas m'opposer à cet échange (Article L 315-1 V du Code de la sécurité sociale).

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non



## Déclarer un accident causé par un tiers

**En validant ma demande, je certifie que les renseignements fournis dans cette déclaration sont exacts.**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non