

## Déclaration d'accident

### Qu'est-ce qu'un accident causé par un tiers ?

Il s'agit d'un accident dont vous êtes la victime et dans lequel la responsabilité d'un tiers est engagée. Cette autre personne peut être un particulier (on parle alors de personne physique), une entreprise ou une administration (on parle alors de personne morale).

### Pourquoi dois-je déclarer l'accident causé par un tiers à la MSPP ?

Lors d'un accident causé par un tiers, c'est la responsabilité d'un autre qui est engagée ! Il est donc indispensable que la MSPP en ait connaissance pour exercer son recours auprès de la personne reconnue responsable ou de sa compagnie d'assurances.

### De combien de temps je dispose pour déclarer mon accident ?

Votre accident doit être déclaré à la MSPP dès que possible.

### Comment puis-je déclarer mon accident à la MSPP ?

Il vous suffit de remplir, dater et signer le questionnaire accident ci-dessous et le retourner à la MSPP par mail à l'adresse [pfs@mspp75.fr](mailto:pfs@mspp75.fr) ou par courrier à l'adresse 104 avenue de Fontainebleau 94270 Le Kremlin-Bicêtre.

### Qu'en est-il de mes remboursements ?

Pour vous, rien ne change. Vous serez remboursé selon les conditions et taux habituels dans les mêmes délais.

Les renseignements fournis sur ce questionnaire par l'assuré sont indispensables à la MSPP pour lui permettre d'exercer son recours à l'encontre du ou des tiers présumé(s) responsable(s) de l'accident visant à obtenir le remboursement des prestations versées (art L. 376-1 du code de la Sécurité Sociale). Il vous appartient également d'informer votre organisme de Sécurité Sociale de l'accident dont vous avez été victime.

## QUESTIONNAIRE ACCIDENT

Afin que la mutuelle puisse constituer un dossier relatif à votre accident, nous vous prions de bien vouloir remplir le présent questionnaire et le retourner, dans les meilleurs délais, par mail à l'adresse [pfs@mspp75.fr](mailto:pfs@mspp75.fr) ou par courrier à l'adresse 104 avenue de Fontainebleau 94270 Le Kremlin-Bicêtre.

### 1. ASSURÉ :

N° de mutuelle : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

N° de sécurité sociale : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

## 2. ACCIDENT :

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Lieu : \_\_\_\_\_

L'accident met-il des tiers en cause ?      Oui                       Non

## 3. VICTIME(S) :

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE

## 4. HOSPITALISATION :

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE

## 5. COMPAGNIE D'ASSURANCE\* :

\* Veuillez indiquer ci-après la compagnie d'assurances qui traite votre sinistre (auto, habitation, responsabilité civile etc.)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_