

**DÉCLARATION D'ACCIDENT OU D'AGRESSION  
POUVANT DONNER LIEU À UN**

**RECOURS CONTRE TIERS**

**Si vous avez connaissance d'un accident ou d'une agression causé par un tiers, et dont la victime aurait gardé des séquelles graves pouvant conduire à l'attribution d'une pension d'invalidité, nous vous remercions de bien vouloir en informer la CRAMIF en lui adressant ce document :**

- **soit par courrier à :** Service Recours Contre Tiers  
CRAMIF  
17-19 avenue de Flandre  
75954 PARIS Cedex 19
- **soit par courriel à :** rct.cramif@cramif.cnamts.fr
- **soit par fax au :** 01 40 05 64 95

**ATTENTION :** En Ile-de-France cette déclaration doit être faite auprès de 2 organismes : la CRAMIF, qui gère l'invalidité et la CPAM pour les prestations maladie.

*Pour toute question, vous pouvez joindre le Département des Affaires Juridiques au 01 40 05 67 59*

**Les coordonnées de la victime**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro d'immatriculation Sécurité sociale : | | | | | | | | | |  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : | | | | | | | | | |  
Courriel : \_\_\_\_\_

**Les coordonnées du responsable du dommage**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Numéro d'immatriculation Sécurité sociale : | | | | | | | | | |  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : | | | | | | | | | |  
Courriel : \_\_\_\_\_  
Nom de la compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_  
Adresse de la Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_  
N° Police : \_\_\_\_\_ N° Sinistre : \_\_\_\_\_

## L'accident

L'assuré a été victime (plusieurs réponses possibles) :

d'un accident de la voie publique (accident de la circulation...)

d'un accident de transport en commun

d'un accident de travail

d'une agression

d'une erreur médicale

d'une contamination

d'un accident domestique (chute, blessure, incendie...)

d'un accident sportif

d'une morsure d'animal

autre :

Date et lieu de l'accident :

**Circonstances précises** : (joindre éventuellement le procès-verbal de police)

## Une action est-elle engagée contre le tiers responsable ?

oui

non

ne sais pas

**Si oui :**

Nom et adresse de l'avocat ou du conseiller juridique de la victime :

Coordonnées de la juridiction saisie du dossier :

Références :

Date de la prochaine audience :

*Les données concernant cette affaire font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion des dossiers des Affaires Juridiques. Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez vous adresser au Département des Affaires Juridiques par courrier à l'adresse ci-dessus ou par mail à l'adresse suivante : [rct.cramif@cramif.cnamts.fr](mailto:rct.cramif@cramif.cnamts.fr)*

CONFIDENTIEL