



Institution de Prévoyance
agréée par le Ministère
des Affaires Sociales et de la santé
sous le n°921
et régie par le code
de la Sécurité Sociale

GROUPE VICTOR HUGO

B.P. 221

9, Avenue Victor Hugo 88006 EPINAL CEDEX
Service Recours Tiers - Tél: 03.29.69.21.34 - S.DAGNEAUX

MUTUELLE
Victor Hugo

Mutuelle immatriculée au répertoire sîrène
sous le n° sîrène 315 191 015
Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II
du Code de la Mutualité

QUESTIONNAIRE «RECOURS»

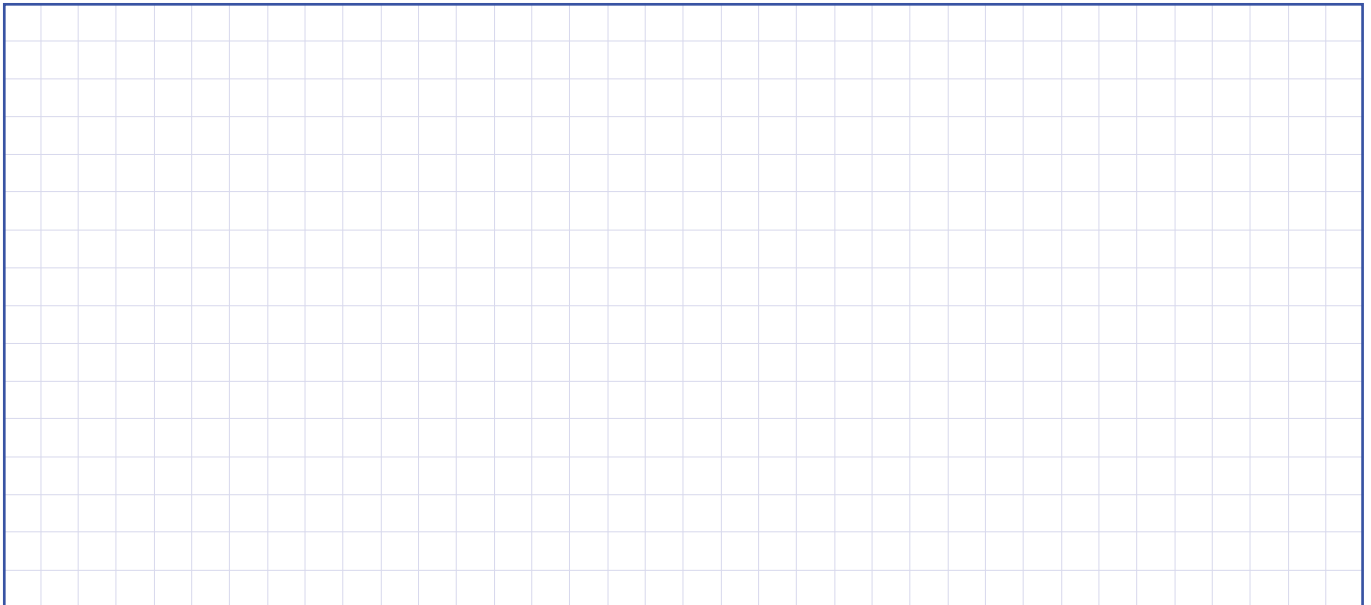
| | |
|---|--|
| <p><u>1. Renseignement sur la victime de l'accident</u></p> <p>NOM et Prénom de l'accidenté _____ né le _____</p> <p>Nom et Prénom de l'assuré Social _____ Tél _____</p> <p>ADRESSE : _____</p> <p>N° Sécurité Sociale : _____</p> <p>Numéro d'adhérent (ou entreprise) _____</p> <p>Raison sociale de l'entreprise _____</p> <p>NOM et adresse de l'entreprise _____</p> | |
| <p>S'agit-il d'un accident du travail ?</p> | <p>OUI NON (1)</p> |
| <p><u>2. Renseignements sur l'auteur responsable de l'accident et sur les démarches entreprises</u></p> <p>L'accident a-t-il été provoqué par une tierce personne ?</p> <p>NOM, Prénom de l'auteur responsable _____</p> <p>Adresse de l'auteur responsable _____</p> <p>NOM, Prénom et adresse du civilement responsable _____</p> <p>L'auteur de l'accident est-il assuré ?</p> <p>Si OUI, à quelle Compagnie : _____</p> <p>Adresse complète de la Compagnie _____</p> <p>N° police : _____</p> <p>N° sinistre : _____</p> <p>L'auteur a-t-il reconnu sa faute ?</p> <p>Y-a-t-il eu enquête par la Gendarmerie ou la Police ?</p> <p>La victime a-t-elle porté plainte contre l'auteur de l'accident ?</p> | <p>OUI NON (1)</p> <p>OUI NON (1)</p> <p>OUI NON (1)</p> <p>OUI NON (1)</p> <p>OUI NON (1)</p> <p>OUI NON (1)</p> <p>OUI NON (1)</p> |

Merci de bien vouloir noter au dos de ce questionnaire, le nom, le prénom et la date de naissance de toutes les personnes blessées lors de cet accident.

TSVP

| | |
|--|---|
| 3. Renseignements sur la nature de l'accident | |
| Date et heure de l'accident Lieu de l'accident (commune) Le blessé a-t-il été transporté à l'hôpital ? Période et lieu de l'hospitalisation Durée approximative de l'incapacité de travail Nature des blessures | <hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">OUI NON (1)</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |
| CIRCONSTANCES 1. <u>Aspect matériel de l'accident</u> : (Résumé des circonstances) | <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> |

2. Croquis sommaire des lieux avec indications des directions suivies par les véhicules :



JE RECONNAIS SINCERES ET VERITABLES LES DECLARATIONS CI-DESSUS,

A le

L'assuré ou son représentant,

(1) Rayez la mention inutile