

Demande de recours

dans le cas d'un accident corporel mettant en cause un tiers identifié

Document à compléter et à retourner à Neeria - Service réalisé par la société Neeria pour le compte de CNP Assurances

Les informations recueillies sont exclusivement destinées à déterminer si l'arrêt de travail a une cause accidentelle liée à un tiers responsable afin d'exercer le recours subrogatoire prévu par la loi.

Employeur Nom du contact

AGENT ACCIDENTÉ

Nom

Prénom Téléphone

TIERS EN CAUSE

Nom Prénom

Adresse

Téléphone

ACCIDENT

Nature de l'accident : Trajet Travail Vie privée : précisez la nature de l'évènement

Date de l'accident Heure

Circonstances (où ? qui ? comment ?)

- Accident de la circulation
- Action d'une autre personne (volontaire ou non volontaire)
- Action d'un animal
- Du fait d'une chose
- Du fait de la pratique d'un sport ou d'un loisir (individuel/collectif)
- À l'occasion d'un acte médical
- Incendie

À COMPLÉTER EN CAS D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Indiquez les compagnies d'assurance automobile :

■ DE L'AGENT - Nom

Adresse

Contrat n° Immatriculation

Si le véhicule n'appartenait pas à l'agent, précisez le nom et l'adresse de son propriétaire :

■ DU TIERS - Nom

Adresse

Contrat n° Immatriculation

À COMPLÉTER DANS LES AUTRES CAS

Indiquer la compagnie d'assurance responsabilité civile :

■ DU TIERS - Nom

Adresse

Contrat n°

AUTRES INFORMATIONS

Témoin(s) (nom, prénom, adresse) :

Pièces à joindre : copie de la carte verte de l'agent, copie recto-verso du constat à l'amiable.