



CAISSE NATIONALE DE SANTÉ
4, rue Mercier L-2978 Luxembourg

Tel. : (+352) 2751 – 1
B.P. : L-2978 Luxembourg

Service Recours contre Tiers
recourscontretiers@secu.lu

DÉCLARATION

D'UN DOMMAGE CORPOREL CAUSÉ PAR UN TIERS

1. Vos coordonnées

Nom, Prénom :

Matricule (13 chiffres) :

Téléphone privé : _____

Adresse e-mail:

2. Description des faits

Date :

Lieu :

Nº procès-verbal:

Commissariat:

- Accident de travail / trajet
- Accident scolaire / trajet
- Affaire responsabilité civile
- Accident domestique
- Accident de circulation
- Rixe / agression
- Autre :

3. Coordonnées du Tiers Responsable (si connues)

Nom, Prénom :

Cordonnées (Tel., Adresse, ...)

Compagnie d'Assurance :

N° de police / N° sinistre :

4. Blessures et soins (Nature des blessures, médicaments, rééducation orthopédique, etc.)

5. Incapacité de travail / Hospitalisation / Médecins traitants

Incapacité de travail :

Du :

Au :

Médecins traitants :

-
-
-
-

Hospitalisation :

Du :

Au :

REMARQUES :

J'affirme que les réponses aux questions ci-dessus correspondent à la vérité et je déclare qu'aucun fait important n'a été dissimulé.

..... le

Signature