

# Demande de recours

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

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION  
PUBLIQUE TERRITORIALE  
ASSURANCE DU PERSONNEL

Document à compléter et à retourner à votre Centre de Gestion - Service réalisé par la société Neeria pour le compte de Sofaxis

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.