

[Prenom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

[Nom Destinataire]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal] [VILLE]

Paris, le 29/06/2026

Déclaration d'un accident causé par un tiers

Madame, Monsieur,

Je vous informe que j'ai été victime, le [date], d'un accident causé par un tiers, à l'origine de blessures pour lesquelles j'ai dû recevoir des soins pris en charge par l'assurance maladie.

Les circonstances de cet accident sont les suivantes : [décrivez les faits, le lieu, la nature de l'accident — accident de la circulation, agression, accident causé par autrui — et l'identité du tiers responsable si elle est connue].

Conformément à mes obligations, je porte cet accident à votre connaissance afin que vous puissiez, le cas échéant, exercer votre recours contre le tiers responsable pour le remboursement des prestations versées. Je précise que mes soins ne sont pas la conséquence d'une simple maladie, mais bien d'un fait imputable à un tiers.

Vous trouverez ci-joint les éléments en ma possession : [constat, dépôt de plainte, coordonnées du tiers et de son assureur, certificat médical], ainsi que tout document utile à l'identification du responsable et à l'évaluation des préjudices.

Je vous remercie de bien vouloir enregistrer cette déclaration et de m'indiquer les démarches complémentaires à accomplir, notamment si je dois transmettre d'autres informations relatives au tiers ou à son assurance. Je veillerai à vous tenir informé de l'évolution de la procédure engagée de mon côté.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire et vous remercie de l'attention portée à ma déclaration. Je sais l'importance de signaler ce type d'accident, tant pour mes propres droits que pour permettre à votre caisse de récupérer auprès du responsable les sommes engagées pour mes soins.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prenom][NOM]

Signature