



MUTUELLE FAMILIALE DE NORMANDIE

Nom et prénom: N° adhérent:

Adresse:

Téléphone:

Date de l'accident : .. / .. /

Nom du tiers responsable:

Adresse:

Nom et adresse de votre compagnie d'assurance	Nom et adresse de la compagnie d'assurance du tiers

Numéro de police et/ou numéro du dossier sinistre de la compagnie d'assurance:

Votre médecin vous a-t-il prescrit des soins? OUI NON

A partir de quelle date ? .. / .. /

Avez-vous été hospitalisé (e)? OUI NON

Si oui, Date: du .. / .. / au .. / .. /

Nom et adresse de l'hôpital:

Avez-vous eu des soins après votre hospitalisation? OUI NON

Si oui, Date : du .. / .. / au .. / .. /

Êtes-vous totalement guéri (e)? OUI NON

Merci de joindre la photocopie du constat.

A, Le .. / .. / Signature: