BP : 5288 – PIRAE TAHITI
Tél. : + (689) 43 08 37
Fax : + (689) 50 40 11
E-Mail : maepolynesie@mail.pf

DECLARATION D'ACCIDENT

RÉGLES À RESPECTER POUR QUE VOTRE DOSSIER SOIT GÉRÉ AU MIEUX DE VOS INTÉRETS

LA DÉCLARATION COMPLÈTE EST À NOUS TRANSMETTRE SOUS UN DÉLAI DE 5 JOURS
La MAE vous remercie de renseigner impérativement toutes les rubriques concernées par l'accident.
Un accusé réception indiquant votre numéro de dossier vous sera communiqué.
Ce numéro devra être rappelé sur toutes pièces et correspondances relatives à votre sinistre.

EN PARTICULIER, VOUS VOUDREZ BIEN JOINDRE LES PIÈCES SUIVANTES :
- Déclaration d'accident de l'école avec cachet, si celui ci a eu lieu pendant une activité scolaire.
- Certificat médical descriptif des blessures avec ITT établi par un médecin.
- Photocopie de la carte verte CPS en cours de validité.
- Copie des ordonnances prescrites par le médecin en vue de recevoir des soins infirmiers, kinésithérapie, et copie des ordonnances prescrites par le médecin en vue d'acheter des médicaments (pharmacie) et joindre les factures acquittées des 20%.
- Pour les ressortissants CPS : Original des feuilles de soins (si toutefois les originaux ont été déposés à la CPS, veuillez réclamer le mandat de paiement des remboursements).
- Pour les non ressortissants CPS (donc Sécurité Sociale, MGEN, ENIM, ou autre) : Copie des actes et transmettre le décompte.
- Certificat médical de consolidation ou de guérison à la fin des soins.
- N° du PV de gendarmerie ou copie constat amiable pour les accidents de la route s'il y a lieu.
- Devis de réparation pour tous les dommages matériels causés à un tiers.
- Remplir et imprimer le formulaire de déclaration d'accident ci-dessous.

:: L'ENFANT ::

N° DE LA CARTE D'ASSURANCE : .....
PROTECTION SOUSCRITE : .....
NOM : .....
PRENOM : .....
DATE DE NAISSANCE : .....
ÉCOLE DE L'ADHÉRENT : .....

:: REPRÉSENTANT LÉGAL (Couverture de l'enfant à la CPS) ::

NOM : .....
PRÉNOM : .....
DATE DE NAISSANCE : .....
ADRESSE EMAIL : .....
ADRESSE POSTALE : .....
.....
TÉL. : .....
PROFESSION : .....
TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL : .....
LIEU D'EXERCICE : .....
COUVERTURE SOCIAL : .....
N° **DN** DU SALARIE : .....

:: L'ACCIDENT ::

LIEU : .....
DATE : .....
LIEU DES SOINS : .....
N° DU **PV** DE GENDARMERIE : .....
CIRCONSTANCES EXACTES : .....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

43, rue des Écoles
• Papeete - Tahiti
Du **lundi au jeudi** de **7h30** à **17h00**
Vendredi de **7h30** à **16h00**