

Document à compléter et à retourner à Dexia DS Services - Service réalisé par la société Dexia DS Services pour le compte de Dexia Sofcap et Dexia Sofcash  
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 .....

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

## 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 .....

## DANS LES AUTRES CAS

Indiquer les compagnies d'assurance responsabilité civile :

■ DE L'AGENT - Nom .....

Adresse .....

Contrat n° .....

■ DU TIERS - Nom .....

Adresse .....

Contrat n° .....

## AUTRES INFORMATIONS (Facultatives)

Témoin(s) (nom, prénom, adresse) : .....

Pièces à joindre : copie de la carte verte de l'agent, copie recto-verso du constat à l'amiable, copie du procès-verbal de gendarmerie ou de police...