

Enquête tiers en cause

F.S.P.O.E.I.E.

Si l'évènement à l'origine de l'invalidité ou du décès implique la responsabilité d'un tiers, compléter ce document « Enquête tiers en cause ». Il peut s'agir :

- d'accidents : de la circulation, de transports en commun (terrestre, maritime ou aérien) ;
- d'accidents divers : de sports, de loisirs, chute d'arbres, chaussée défoncée, animaux en divagation, etc...
- d'erreur médicale ;
- de contamination : hépatite, SIDA, maladies nosocomiales, etc...
- d'actes de terrorisme (attentats dans le métro parisien) ;
- de négligences administratives (stade de Furiani, sables mouvants du Mont St Michel, catastrophe du Grand Bornand) ;
- de coups et blessures ou d'homicides volontaires...

PIECES A PRODUIRE

En cas d'accident :

- Copie du procès-verbal de gendarmerie ou du constat de police et de la déclaration d'accident.

En cas d'accident de service :

- Rapport hiérarchique
- Procès-verbal de la commission de réforme

En cas de décès :

- Copie de l'acte de décès

ou

- Copie intégrale de l'acte de naissance revêtu des mentions marginales relatives au décès et aux différentes unions de l'agent.

Je vous invite à compléter ce document aussi précisément que possible et à le retourner au FSPOEIE en y joignant la copie du procès-verbal de Police ou de Gendarmerie ou du constat amiable et/ou de tout document susceptible de déterminer les circonstances de l'évènement à l'origine de l'invalidité ou du décès.

| ① RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'EVENEMENT | ② RENSEIGNEMENTS RELATIFS A L'ASSURANCE DU TIERS |
|--|---|
| ➤Date de l'évènement : ➤Lieu de l'évènement (indiquer le numéro du département) | ➤Nom et adresse de la compagnie d'assurances du tiers responsable : |
| ➤Nom et adresse du tiers responsable : | ➤Numéro de sinistre dans les écritures de cette compagnie : |
| ➤Le tiers est-il assuré ? OUI* <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> * Si «OUI », renseigner le cadre ② | ➤Numéro de police : |

③ MONTANT DES SOMMES QUE VOTRE ETABLISSEMENT A ETE AMENE A DEBOURSER AU TITRE DE CET ACCIDENT

➤Indemnités journalières, salaires brut... (hors charges patronales) :

➤Frais médicaux, pharmaceutiques, hospitalisation :

➤Votre établissement a-t-il été remboursé de ses débours : OUI NON

➤Si oui :

- par la compagnie d'assurances du tiers responsable ? OUI NON
- par votre compagnie d'assurances ? OUI NON

➤Nom et adresse de cette compagnie :

➤Numéro du sinistre :

④ **UNE ACTION JUDICIAIRE A-T-ELLE ETE ENGAGEE ?** OUI NON

➤ Si Oui, devant quel tribunal ? :

Coordonnées des différents avocats :

➤ Nom et adresse de votre avocat :

➤ Nom et adresse de l'avocat de la victime :

⑤ **AVEZ-VOUS INFORME LA VICTIME (OU SES AYANTS DROIT° DE SES OBLIGATIONS ?**

En application des dispositions combinées de l'ordonnance n° 59-76 du 7 janvier 1959 modifiée et de la loi N° 85-677 du 5 juillet 1985, la Caisse des dépôts et consignations est subrogée dans les droits de la victime.

➤ si la victime (ou ses ayants droit) engage une action judiciaire contre le tiers responsable, elle doit immédiatement informer son avocat qu'elle dépend d'un régime géré par la Caisse des dépôts et consignations. Son avocat devra alors appeler celle-ci dans la procédure. A défaut, le jugement fixant l'indemnité pourra être frappé de nullité.

➤ si la victime (ou ses ayants droit) engage une transaction amiable avec l'assureur du tiers, elle doit obligatoirement inviter la Caisse des dépôts et consignations à y participer.