RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

DÉPARTEMENT
GESTION DU RISQUE

Service de l'action récursoire
Suivi par : Bureau recours contre tiers
Tél. : 04 94 16 36 00

QUESTIONNAIRE ACCIDENT HORS SERVICE
(circulation, agression, médical, scolaire, sportif…)

CNMSS L'engagement au service des militaires

cerfa n°11360*13

(*) Champ à renseigner obligatoirement

Le renseignement de ce questionnaire par l'assuré est indispensable à la CNMSS pour lui permettre d'exercer son recours à l'encontre du ou des tiers présumé(s) responsable(s) de l'accident visant à obtenir le remboursement des prestations versées (article L. 376 1 du code de la sécurité sociale).

Il vous appartient également d'informer votre organisme complémentaire (mutuelle) de l'accident dont vous avez été victime.

NOM (*) _____ Prénom (*) _____

NIR (*) _____ Clé (*) _____ Votre mutuelle _____

Votre adresse (*) _____

Code postal (*) _____ Commune (*) _____

Tél (*): _____ Courriel (*): _____

Date de l'accident (*)	Heure (*)	Lieu (*)

Etes-vous militaire d'active (*)? ☐ OUI ☐ NON Armée d'appartenance (*) : _____

Affectation le jour des faits / adresse (*):

_____

_____

Avez-vous bénéficié d'un arrêt(s) de travail ou de maladie en relation avec les faits ?(*) :

DU _____ / _____ / _____ AU _____ / _____ / _____
DU _____ / _____ / _____ AU _____ / _____ / _____
DU _____ / _____ / _____ AU _____ / _____ / _____

IDENTIFICATION DES VICTIMES AFFILIEES A LA CNMSS (vous-même, conjoint, enfants…) **ET NATURE DE LEURS BLESSURES** (joindre, si possible, la copie des documents médicaux : certificats, rapports d'expertise…

NOM (*)	Prénom (*)	Né(e) le (*)	Position (1)	Nature des blessures (*)

(1) S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION, REPORTER POUR CHAQUE VICTIME SA QUALITE LORS DE L'ACCIDENT
1 = CONDUCTEUR 2 = PASSAGER 3 = CYCLISTE 4 = PIÉTON

POUR CHAQUE VICTIME, DESCRIPTION DES SOINS REÇUS
(consultations, hospitalisations, soins ambulatoires, radiographies…)

Nom et prénom de la victime (*) : _____

Nature des soins	Dates / périodes	Nom et adresse de l'établissement de soins/du praticien

Les soins sont-ils terminés ? (*) ☐ OUI (date des derniers soins) (*) : _____ ☐ NON

Nom et prénom de la victime (*) : _____

Nature des soins	Dates / périodes	Nom et adresse de l'établissement de soins ou du praticien

Les soins sont-ils terminés ? (*) ☐ OUI (date des derniers soins) (*) : _____ ☐ NON

Nom et prénom de la victime (*) : _____

Nature des soins	Dates / périodes	Nom et adresse de l'établissement de soins ou du praticien

Les soins sont-ils terminés ? (*) ☐ OUI (date des derniers soins) (*) : _____ ☐ NON

Nom et prénom de la victime (*) : _____

Nature des soins	Dates / périodes	Nom et adresse de l'établissement de soins ou du praticien

Les soins sont-ils terminés ? (*) ☐ OUI (date des derniers soins) (*) : _____ ☐ NON

DESCRIPTION DES CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Pour un accident de la circulation, préciser l'emplacement des véhicules, le point de choc, ou à défaut, joindre la copie du constat amiable.

RENSEIGNEMENTS PERMETTANT À LA CNMSS D'EXERCER SON RECOURS

L'accident met-il en cause un ou des tiers présumé(s) responsable(s) ? (*) ☐ OUI ☐ NON

Nom, prénom et adresse du ou des tiers présumé(s) responsable(s) :

Pour chaque tiers concerné, nom et adresse de la compagnie d'assurances et n° du contrat de police :

Un procès-verbal a-t-il été établi ? (*) ☐ OUI ☐ NON *le joindre si possible*

À défaut, préciser l'autorité ayant établi le procès-verbal : _____

Nom, adresse et téléphone de votre compagnie d'assurances :

✂ _____

N° du contrat de police _____ N° du sinistre _____

Avez-vous déposé plainte ? ☐ OUI ☐ NON

Nom, adresse et téléphone de l'avocat, éventuellement chargé de la défense de vos intérêts :

✂ _____

La CNMSS doit être informée par lettre recommandée de tout accord amiable intervenu avec le tiers responsable ou son assureur, et ce, sous peine d'inopposabilité de cet accord à la CNMSS.

Il est rappelé qu'en cas de procédure contentieuse, la victime (ou ses ayants-droit) doit informer la CNMSS de sa démarche. À défaut, la décision de justice peut être frappée de nullité pendant un délai de 2 ans.

En validant ce questionnaire, j'atteste l'exactitude des renseignements portés sur le présent questionnaire.

Afin de faciliter l'instruction de mon dossier, j'autorise la CNMSS, à communiquer aux juridictions, à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), au Fonds de garantie, aux mutuelles, aux services médicaux et aux divers organismes habilités, les données figurant dans ce questionnaire y compris celles relevant du domaine médical, concernant mon accident ou mon agression.

Si je m'y oppose, je le précise ici :

À (*) _____ le (*) _____

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit aux personnes un droit d'accès et de rectification des données nominatives les concernant

Signature :