RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

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

CNMSS L'engagement au service des militaires

cerfa *n°11360*

DÉPARTEMENT
GESTION DU RISQUE
Service juridique et réglementation
Suivi par : Bureau recours contre tiers
Tél. : 04 94 16 36 00 – Fax : 04 94 16 36 65

(*) *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).*

Si en raison d'une information tardive de votre part, le recours n'a pu être exercé contre la compagnie d'assurances du tiers responsable, **la CNMSS sera en droit de vous réclamer le remboursement des frais de soins** *(article 15 de la loi n°**85-677 du 5 juillet 1985**).*

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

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

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 médicales 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.