DEMANDE DE PRESTATIONS EN NATURE

CNP ASSURANCES

CENTRE DE GESTION DE LA FONCTION PUBLIQUE TERRITORIALE DE MARTINIQUE

Raison sociale .....

Code postal ..... Ville ..... N° de Contrat ..... Budget .....

AGENT

N° SS : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° CNRACL : |_|_|_| |_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_| Nombre d'enfants à charge |_|_|

Date d'embauche dans la collectivité : |_|_|_|_|_|_|

Date d'entrée dans la Fonction Publique : |_|_|_|_|_|_|

NATURE DU SINISTRE

☐ Accident de service*

☐ Accident de trajet*

☐ Accident sans arrêt de travail* hormis AT "vie privée"

* L'accident a-t-il été causé par un tiers ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, remplir le questionnaire complémentaire Recours

- Les médicaments non remboursés par la Sécurité Sociale et les actes hors nomenclature ne pourront pas faire l'objet de remboursement.
- Les dépassements des médecins conventionnés honoraires libres seront pris en charge à hauteur de 170 % maximum du tarif Sécurité Sociale en vigueur.
- L'assureur se réserve le droit de refuser la prise en charge de certains soins sur avis de son médecin conseil.
- Pour tous renseignements complémentaires voir la déclaration de la collectivité.
- **Toute demande de prestations devra être accompagnée des factures portant les références du mandatement.**

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT DE SERVICE

Date de l'accident : |_|_|_|_|_|_|

Heure de l'accident : |_|_| h |_|_|

Horaires de travail le jour de l'accident :

de |_|_| h |_|_| à |_|_| h |_|_|

et de |_|_| h |_|_| à |_|_| h |_|_|

Codification de l'accident *(voir verso de la déclaration de la collectivité)*

Activité lors de l'accident : ☐
(sauf accident de trajet)

Elément matériel : ☐

Nature des lésions : ☐

Siège des lésions : ☐

Latéralité de l'agent : ☐ droitier ☐ gaucher

FRAIS DE SOINS DE SANTE RELEVANT EXCLUSIVEMENT DE CET ACCIDENT DE SERVICE

Nature des soins	Montant à rembourser en €	Date de soins
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|
	|_|_|_|_|_|_|_|_|	Du |_|_|_|_|_|_| au |_|_|_|_|_|_|

- 1er feuillet à retourner : CENTRE DE GESTION DE LA MARTINIQUE
  ZAC l'étang z'abricot - BP 1169 - 97249 FORT-DE-FRANCE
- 2e feuillet à conserver.

Signature de la collectivité employeur, date et cachet

CNP IAM S.A. au capital de 30 500 000 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. 383 024 189 RCS Paris
CNP Assurances S.A. à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 554 541 208 euros entièrement libéré. Entreprise régie par le Code des assurances. 341 737 062 RCS Paris
Conformément aux dispositions légales sur l'informatique et les libertés, le droit d'accès et de rectification des informations nominatives peut être exercé sur demande à la CNP.

Attention emplacement réservé au code barre

Rappel important

Le signataire certifiant ces renseignements est passible, en cas de fausse déclaration, de sanctions disciplinaires et/ou pénales (article 29 du titre I du statut général de la Fonction Publique) - (articles L. 441-7, L. 313-1 et L. 313-3 du Code Pénal).