RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté Égalité Fraternité

DEPARTEMENT
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.

cerfa *n°11360-14*

(*) *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 (*) (L'affectation ne doit pas être renseignée pour le personnel des forces spéciales ou des unités d'intervention spécialisées) :

_____

_____

Arrêt(s) de travail ou de maladie en relation avec les faits	du au	du au	du au

IDENTIFICATION DES VICTIMES AFFILIEES À 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 (*)
			CONDUCTEUR	
			PASSAGER	
			PIETON	
			CYCLISTE	

(1) CHOISIR DANS LA LISTE POUR CHAQUE VICITIME 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 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 (*) _____

"Les informations recueillies sont traitées par la CNMSS dans le cadre de la gestion du recours contre tiers et sont conservées pendant 10 ans à partir de la clôture du dossier.
Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel vous disposez de droits (accès, rectification, opposition, suppression) au regard de l'utilisation de vos données personnelles.

Vous pouvez consulter les informations publiées dans la rubrique "Protection données personnelles" sur www.cnmss.fr et exercer vos droits auprès du Délégué à la protection des données personnelles de la CNMSS : protection-donnees-personnelles@cnmss.fr ou CNMSS - Délégué à la protection des données personnelles - 247 avenue Jacques Cartier - 83090 Toulon cedex 9.

Si après avoir saisi le Délégué à la protection des données vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la Commission nationale informatique et libertés (CNIL)."