

SECURITE SOCIALE	ACCORD ENTRE LA FRANCE METROPOLITAINE ET LA POLYNESIE FRANCAISE	980-06
-------------------------	--	---------------

**ATTESTATION POUR L'INSCRIPTION DU PENSIONNE ET
DES MEMBRES DE SA FAMILLE**

(Soins de santé au pensionné et aux membres de sa famille résidant habituellement sur le territoire autre que celui débiteur de la pension)
(Article 21)

L'institution compétente remplit la partie A du formulaire et en remet deux exemplaires au pensionné, ou les fait parvenir (le cas échéant par l'intermédiaire de l'organisme de liaison) à l'institution du lieu de résidence si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.

L'institution du lieu de résidence, une fois en possession de ces deux exemplaires, en remplit la partie B et retourne un exemplaire à l'institution compétente.

A - Notification du droit

1	Institution du lieu de résidence (1)
1.1 Dénomination :	
1.2 Adresse (2) :	
.....	

2	Titulaire de pension ou de rente
<input type="checkbox"/> Régime des salariés <input type="checkbox"/> Régime des non salariés	
2.1 Nom :	
Prénoms Nom de jeune fille Date de naissance	
2.2 Adresse (2) :	
.....	
2.3 Numéro d'immatriculation :	

3	A remplir par l'institution débitrice de la pension ou de la rente
3.1 L'intéressé désigné ci-dessus est titulaire d'une pension ou d'une rente	
<input type="checkbox"/> de vieillesse <input type="checkbox"/> d'invalidité <input type="checkbox"/> de survie <input type="checkbox"/> d'accident du travail <input type="checkbox"/> de maladie professionnelle	
3.2 Depuis le	
3.3 Numéro de la pension ou de la rente :	

4 A remplir par l'institution débitrice de la pension ou de la rente ou par l'institution d'assurance maladie-maternité du territoire débiteur de la pension ou de la rente

4.1 Numéro de code de l'institution d'instruction (3).....

4.2 L'intéressé désigné au cadre 2 et les membres de sa famille ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité à partir du

4.3 Le coût des prestations à servir dans leur territoire de résidence, est à notre charge

4.4 A partir du et jusqu'à annulation de la présente attestation.

5 Institution qui a rempli les cadres 3 et 4

5.1 Dénomination :.....

5.2 Adresse (2) :.....
.....

5.3 Cachet

5.4 Date :...../...../.....

5.5 Signature :

B - Notification de l'inscription ou de la non inscription

6

6.1 Le pensionné désigné au cadre 2 et les membres de sa famille n'ont pas pu être inscrits :

parce que l'intéressé a déjà droit aux prestations en nature au titre de la législation de notre territoire

autres motifs

7

7.1 L'intéressé désigné au cadre 2 et les membres de sa famille ont été inscrits.

7.2 Membres de la famille inscrits :

7.3 Nom	Prénoms	Sexe F M	Nom antérieur	Date de naissance
7.4.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.5.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.6.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.7.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.8.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.9.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.10.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7.11.....	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

8 **Institution du lieu de résidence**

8.1 Dénomination : CAISSE DE PREVOYANCE SOCIALE DE LA POLYNESIE FRANCAISE

8.2 Adresse (2) : B.P. 1 – PAPEETE TAHITI.....
.....

8.3 Cachet

8.4 Date :/...../.....

8.5 Signature :

INSTRUCTIONS

Le formulaire doit être rempli en caractères d'imprimerie, en utilisant uniquement les lignes pointillées. Il se compose de 3 pages ; aucune d'entre elles ne peut être supprimée, même si elle ne contient aucune mention utile.

Le formulaire est complété :

en France métropolitaine, par l'organisme débiteur de la pension ou de la rente.

en Polynésie, par la Caisse de Prévoyance Sociale.

Indications pour le pensionné :

a) Le présent formulaire vous permet de bénéficier des prestations en nature en cas de maladie ou de maternité sur le territoire où vous résidez.

Vous devez vous inscrire auprès de l'institution mentionnée ci-après :

en France métropolitaine, la Caisse primaire d'assurance-maladie ;

dans les départements d'Outre mer, la Caisse générale de sécurité sociale ;

en Polynésie, la Caisse de Prévoyance Sociale.

b) Ce formulaire est valable à partir de la date mentionnée au point 4 et jusqu'à annulation.

c) Vous devez, vous ou les membres de votre famille, signaler à l'institution du lieu de résidence tout changement de situation qui pourrait modifier le droit aux prestations en nature (abandon ou changement d'emploi, changement de votre lieu de résidence ou de séjour ou de celui d'un membre de votre famille, etc.)

NOTES

(1) A remplir uniquement quand le formulaire est établi à la demande de l'institution du lieu de résidence.

(2) Rue, numéro, code postal, localité, territoire.

(3) A compléter si elle en dispose.