

SECURITE SOCIALE	ACCORD ENTRE LA FRANCE METROPOLITAINE ET LA POLYNESIE FRANCAISE	980-04
------------------	--	--------

**ATTESTATION DE DROIT AUX PRESTATIONS EN NATURE DES ASSURANCE MALADIE-  
MATERNITE PENDANT UN SEJOUR SUR L'AUTRE TERRITOIRE**

(Article 18 paragraphe 1 a) i) de l'accord)

<b>1</b>	<input type="checkbox"/> Travailleur salarié	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (régime des salariés)	<input type="checkbox"/> Assuré du régime de solidarité polynésien
	<input type="checkbox"/> Travailleur non salarié	<input type="checkbox"/> Titulaire de pension ou de rente (régime des non salariés)	<input type="checkbox"/> Autre

1.1	Nom : .....		
	Prénoms .....	Nom de jeune fille .....	Date de naissance ...../...../.....
1.2	Adresse (1) : .....		
1.3	Numéro d'immatriculation : .....		

<b>2</b>	<b>Ayants droit (2)</b>			
2.1	Nom : ..... .....	Prénoms ..... .....	Nom de jeune fille ..... .....	Date de naissance ..... .....
2.2	Adresse habituelle (1) (3) : .....			

**3 Les personnes précitées ont droit aux prestations en nature de l'assurance maladie maternité.  
Ces prestations peuvent être servies**

**3.1**  du ...../...../..... au...../...../..... inclus

<b>4</b>	<b>Institution compétente</b>			
4.1	Dénomination : .....			N° de Code (4) : .....
4.2	Adresse (1) : .....			
4.3	Cachet			4.4 Date : ..... 4.5 Signature :

**4.6 Validation du ..... au.....**

**4.7 Cachet**

**4.8 Date :.....**

**4.9 Signature :**

**4.10 Validation du ..... au .....**

**4.11 Cachet**

**4.12 Date :.....**

**4.13 Signature :**

**5** **Institution française compétente pour les accidents de la vie privée des non salariés agricoles**

**5.1 Dénomination :.....N° de code (4) :.....**

**5.2 Adresse (1) :.....**

.....

**5.3 Cachet**

**5.4 Date :.....**

**5.5 Signature :**

## INSTRUCTIONS

-----

Le formulaire doit être rempli en caractère 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.

L'institution compétente remplit le formulaire et le remet à l'intéressé ou l'envoie à l'institution du lieu de séjour si le formulaire a été établi à la demande de celle-ci.

### Indications pour l'assuré et ses ayants droit

a) Le présent document permet :

- à l'assuré et/ou à ses ayants droits énumérés au cadre 2, qui se trouvent en séjour temporaire sur l'autre territoire, et en cas de nécessité immédiate, d'obtenir de l'organisme assureur du territoire de séjour les prestations en nature en cas de maladie ou de maternité.

b) Quand un des intéressés doit recourir aux prestations, y compris l'hospitalisation, ce document doit être présenté à l'organisme assureur du territoire de séjour, c'est à dire :

- 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.

## NOTES

-----

- (1) Rue, numéro, code postal, localité, pays.
- (2) Indiquer uniquement les ayants droit qui se rendent temporairement sur l'autre territoire.
- (3) A indiquer uniquement quand l'adresse des ayants droit diffère de celle de l'assuré.
- (4) A compléter si elle en dispose.