



DECLARATION OBLIGATOIRE

Si votre mise en réforme médicale a été causée par un tiers, vous devez le déclarer à la Caisse de Retraites du Personnel de la RATP dans les plus brefs délais.

Dans le cas contraire, cochez la case ci-dessous :

Ma mise en réforme n'a pas été causée par un tiers.

1. VOS COORDONNEES

Madame Monsieur Matricule :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom : Prénom :

Né(e) le

--	--	--	--

N° de Sécurité Sociale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tél. domicile : Tél. portable : Courriel :@.....

2. TIERS EN CAUSE ET/OU SA COMPAGNIE D'ASSURANCE

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Né(e) le

--	--	--	--

Adresse :

.....Code postal :Ville :

Tél. domicile : Tél. portable : Courriel :@.....

Coordonnées de l'assureur (Dénomination et adresse):

.....

3. ACCIDENT

Nature de l'accident :

Date de l'accident :

Circonstances (où ? qui ? comment ?)

.....

.....

.....

Ce bulletin doit être entièrement rempli dans le cas d'un accident corporel mettant en cause un tiers identifié, et être retourné par courrier à :

CRP RATP - Service Juridique - Recours contre tiers - 201 rue Carnot - 94127 FONTENAY SOUS BOIS CEDEX.

Je certifie exactes les déclarations portées ci-dessus.

Fait à, le

Signature :