

PRESTATION "COLLECTIVITES"

— ASSURANCES SOCIALES — ACCIDENTS DU TRAVAIL —

Agence :

Centre de paiement :

BORDEREAU D'EXPLOITATION n° :

Semaine du : au :

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Nom et prénoms ou raison sociale :

Adresse :

n° d'adhérent

N°	ASSURES		Bénéficiaire (1) A,C,E,ASC.	Date de L'accident	Nature du Dossier (2)	CADRE RESERVÉ A LA CAISSE	
	n° d'immatriculation	Nom et prénoms				MONTANT REMBOURSEMENT	Motifs des rejets ou mise en instance des dossiers
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
TOTAL :							

Dossiers déposés le :

Signature du correspondant,

Signature de l'agent de la CAISSE,