

- DECLARATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL
 DECLARATION D'INVALIDITE
 DECLARATION DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE
 D'AUTONOMIE

DECLARATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL, D'INVALIDITE OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

A COMPLETER PAR L'ASSURE(E)

(ou par son représentant légal en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)

**Pour garantir la confidentialité des informations communiquées,
ce document pourra être remis sous pli cacheté à l'attention du Médecin Conseil.**

Identification de l'assuré(e) : Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Date de naissance :/...../.....

Adresse actuelle :

Code Postal : Ville :

Profession : N° de téléphone :

Vous êtes salarié(e) ou fonctionnaire

Vous percevez des indemnités journalières :

Du régime général de la Sécurité sociale ou par un autre organisme assimilé

D'une autre caisse d'assurance maladie

De la Mutualité Sociale Agricole

Depuis quelle date ?/...../.....

Vous ne percevez pas d'indemnités journalières :

Régime fonctionnaire ou assimilé

Régime particulier

Autre : précisez :

.....

Vous n'êtes pas salarié(e)

(travailleur non salarié, demandeur d'emploi, parent au foyer, étudiant ...)

Nom de votre organisme de protection sociale

(MSA, CANCAVA, ORGANIC) :

.....

Percevez-vous des indemnités journalières ?

Oui Non

Depuis quelle date ?/...../.....

A la date de votre demande de prestation, aviez-vous une activité professionnelle ?

Oui Non Si non, pourquoi ?

.....

Et depuis quelle date ?/...../.....

Vous êtes retraité(e)

Depuis quelle date ?/...../.....

En raison de votre âge

En raison de votre état de santé

Autre. Préciser :

.....

Vous bénéficiez :

D'une pension d'invalidité

Catégorie :

Depuis quelle date ?/...../.....

D'une rente d'accident de travail ou de maladie professionnelle

Taux : %

Depuis quelle date ?/...../.....

D'une exonération ou réduction du ticket modérateur

Pour quel motif ?

Depuis quelle date ?/...../.....

Informations relatives à votre incapacité ou invalidité :

- Coordonnées de votre médecin traitant :
 Nom : Prénom :
 Adresse :
- Date de votre arrêt de travail :/...../.....
- S'agit-il d'une rechute ? oui non Si oui, date du premier arrêt :/...../.....
- S'agit-il : d'une maladie d'un accident
 En cas d'accident, préciser les circonstances exactes et détaillées :

- Depuis le début de votre arrêt de travail, votre état de santé a-t-il nécessité une hospitalisation, avec ou sans intervention chirurgicale ? oui non
 Si oui, indiquer les dates d'hospitalisation : du/...../..... au/...../.....
 du/...../..... au/...../.....
 du/...../..... au/...../.....

J'accepte que mes déclarations et données médicales personnelles soient transmises au service médical de l'Assureur, ses mandataires ou ses réassureurs et soient exclusivement utilisées pour le traitement du dossier, dans le strict respect du secret médical. Le responsable du traitement des données personnelles contenues dans ce document est le Médecin Conseil du Service médical de l'Assureur auprès duquel vous pouvez, par courrier envoyé à l'adresse ci-dessous, exercer vos droits d'accès et de rectification, prévus par la Loi dite « Informatiques et Libertés » du 06/01/1978, modifiée par la Loi 2004-801 du 06/08/2004.

Rappel des documents à joindre à la présente déclaration d'incapacité, d'invalidité ou de PTIA :

- Un certificat médical sur modèle de l'assureur (volets 2, 3A ou 3B) correspondant à votre situation, dûment rempli par votre médecin traitant,
- Les comptes-rendus opératoires et/ou d'hospitalisation, le cas échéant,
- Les volets ou attestations de prestation de la sécurité sociale si vous êtes assuré social,
- La notification de pension d'invalidité délivrée par la Sécurité sociale ou par un organisme assimilé.

Fait à : le :/...../.....

Signature de l'assuré(e) (ou de son représentant légal en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)

Les documents sont à envoyer sous pli confidentiel

à :
SERVICE MEDICAL
A l'attention du Médecin Conseil de l'Assureur
42 Boulevard Alexandre Martin
45057 ORLEANS CEDEX 1