



Déclaration d'arrêt de travail

ATTENTION

SAUF AVIS CONTRAIRE DE VOTRE PART, LES PRESTATIONS SERONT VERSEES SUR LE COMPTE BANCAIRE SUR LEQUEL LA MEDICALE PRELEVE VOS PRIMES. SI VOUS SOUHAITEZ QUE LES PRESTATIONS SOIENT VIREES SUR UN AUTRE COMPTE, IL CONVIENT DE JOINDRE OBLIGATOIREMENT UN RELEVÉ D IDENTITE BANCAIRE (A l'exception des assurances liées aux crédits)

UN DOSSIER COMPLET PERMET UN TRAITEMENT PLUS RAPIDE

Souhaitez-vous transmettre ce document sous enveloppe confidentielle ?

Oui Non

(à défaut de réponse, vous êtes réputé(e) avoir renoncé à cette confidentialité)

Soucieux de protéger la confidentialité de vos réponses, notre Médecin-conseil vous propose, si vous le souhaitez, de lui adresser votre déclaration, cachetée sous pli confidentiel, dans l'enveloppe prévue à cet effet remise par votre agent Médicale de France. Son exploitation sera réalisée au sein d'une structure dédiée, sous la responsabilité du Médecin-conseil.

Vous avez souscrit un (ou des) contrat(s) garantissant des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail auprès de La Médicale de France.

Contrat n° _____ N° de Personne _____

Nom et Prénom _____

Votre numéro de sécurité sociale : _____ (mention obligatoire)

Veillez inscrire ces références sur toutes vos correspondances : _____

Afin de constituer votre dossier dans les meilleurs délais, nous vous remercions de nous adresser :

- le certificat initial d'arrêt de travail ainsi que les éventuelles prolongations et, le cas échéant, le bulletin d'hospitalisation (comportant la date d'entrée et de sortie) avec :
 - la copie des ordonnances des traitements en cours (hors accidents),
 - le résultat/compte-rendu des examens réalisés (bilan sanguin, radios, scanners, IRM, échographies...), ainsi que celui de l'hospitalisation,
 - dans le cas d'une intervention chirurgicale, le compte rendu opératoire ;
- La déclaration d'arrêt de travail ci-jointe :
 - complétée et signée par vous en page 2,
 - complétée et signée par le médecin en pages 3 et 4.

NB : Attention si votre déclaration d'arrêt de travail concerne une grossesse pathologique dont l'indemnisation est prévue dans votre contrat, l'attestation médicale devra être obligatoirement complétée par un médecin gynécologue pour être acceptée.

- **Joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire ou postal (à l'exception des indemnisations pour les assurances liées aux crédits).**
- Dans l'hypothèse où vous êtes titulaire d'assurances liées aux crédits, merci de nous retourner la (ou les) attestation(s) jointe(s) au présent document (une par prêt) avec les tableaux d'amortissement actualisés. Ces documents peuvent faire l'objet d'un envoi séparé de la présente déclaration.

Votre agent régional reste à votre disposition pour toute information liée à la gestion administrative de votre dossier.

Suite ➔





Déclaration d'arrêt de travail

À remplir par l'assuré

Afin de compléter au mieux nos informations concernant votre arrêt de travail, nous vous demandons de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous :

Nom et prénom _____

Profession _____

Avez-vous interrompu totalement votre activité professionnelle ? _____

Dans la négative, merci de nous indiquer le taux de réduction de votre activité _____

Pour mémoire, nous vous rappelons que sont considérés comme maladie et non comme un accident : les intoxications alimentaires, les hernies, lumbagos, ruptures musculaires, douleurs lombaires, sciatiques et rhumatismes.

S'agit-il d'un accident ?

Date de l'accident _____

Lieu _____

Circonstances précises _____

Nature des lésions constatées _____

Y a-t-il eu un procès verbal ? _____

Si oui, établi par _____

N° du PV _____

S'agit-il d'une maladie ?

Nature de la maladie _____

Date des premières manifestations de la pathologie présentée : _____

Avez-vous déjà été indemnisé pour cette pathologie ? _____

Tous nos échanges sont réalisés par lettre transmise à votre domicile. Néanmoins, à votre demande, nous pouvons vous transmettre ces lettres par mail.

SI VOUS CHOISISSEZ CE CANAL DE COMMUNICATION, NOUS VOUS REMERCIONS D'INDIQUER CI-APRÈS L'ADRESSE DU MAIL SUR LAQUELLE LES LETTRES SERONT ENVOYÉES

- Je demande que nos échanges éventuels soit réalisés par des échanges de mail et je suis parfaitement informé(e) que ce procédé ne peut assurer la parfaite confidentialité et sécurité des informations transmises.

Ces échanges se feront à l'adresse e-mail suivante : _____@_____. _____

(merci de cocher obligatoirement la case ci-dessus si vous souhaitez recevoir nos lettres par mail)

Je suis informé(e) que les pièces médicales reçues par la Médicale peuvent être transmises, en cas de besoin, à un médecin expert autre que celui de la Médicale.

Fait à : _____ le: / /

Signature de l'assuré

Nous vous rappelons qu'en cas de fausse déclaration pour obtenir des prestations ou indemnités non dues, l'assuré(e) est passible des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.

Attestation médicale

À remplir par le médecin prescrivant l'arrêt de travail ou à défaut le médecin traitant (à l'exclusion de l'assurée(e) lui(elle)-même) et à adresser sous pli confidentiel au Médecin-conseil de La Médicale de France.

Nom de l'assuré(e) _____

Prénom _____

Âge _____

Nom et adresse du médecin _____

Depuis quand êtes-vous le médecin de l'assuré(e) ? _____

1 - À remplir dans le cadre d'une maladie

De quelles affections est-il atteint ? _____

À quelle date les premières manifestations pathologiques de la maladie sont-elles apparues ? _____

À quelle date a-t-il consulté la première fois un médecin pour l'affection en cause ? _____

Des examens ont-ils été pratiqués ? _____

- Date de ces examens _____
- Nature de ces examens _____
- Résultats de ces examens _____

Quelle est la date du diagnostic ? _____

En cas d'intervention chirurgicale, quelle a été la date de l'indication opératoire ? _____

Depuis quelle date suit-il un traitement médical pour cette affection ? _____

L'affection est-elle en relation avec un état antérieur ? _____

À partir de quelle date le travail a-t-il dû être interrompu ? _____

2 - À remplir dans le cadre d'un accident

Nature des lésions consécutives à cet accident ? _____

À quelle date l'assuré est-il venu vous consulter pour la première fois ? _____

Des examens ont-ils été pratiqués ? _____

- Date de ces examens ? _____
- Nature de ces examens ? _____
- Résultats de ces examens ? _____

Quelle est la date du diagnostic ? _____

En cas d'intervention chirurgicale, quelle a été la date de l'indication opératoire ? _____

À votre connaissance, y a-t-il une relation avec un état antérieur ? _____

- Si oui, lequel ? _____

À partir de quelle date le travail a-t-il dû être interrompu ? _____



Attestation médicale

(suite)

3 - À remplir dans le cadre d'un arrêt lié à la grossesse

Depuis quand êtes-vous le médecin gynécologue de l'assurée ? _____

Rappel des définitions contractuelles

- Par grossesse pathologique, il faut entendre toutes affections contractées au cours de la grossesse pouvant mettre en danger la vie de la mère ou de l'enfant ou être responsable de l'interruption de la grossesse.
- Par suites pathologiques d'accouchement, il faut entendre toutes affections qui, en rapport direct avec l'accouchement, nécessitent un repos excédant 60 jours et empêchant la reprise de toute activité professionnelle de la part de la mère.

L'état de santé de l'assurée correspond-il à la définition ?

- de la grossesse pathologique Oui Non
- ou des suites pathologiques d'accouchement Oui Non

Description des troubles présentés _____

À quelle date remontent les premières manifestations pathologiques ? _____

À quelle date a-t-elle consulté la première fois un médecin pour l'affection en cause ? _____

Des examens ont-ils été pratiqués ? Oui Non

- Date de ces examens ? _____
- Nature de ces examens ? _____
- Résultats de ces examens ? _____

Quelle est la date du diagnostic ? _____

S'agit-il d'une première grossesse ? Oui NonLes autres grossesses se sont-elles bien déroulées ? Oui NonL'affection est-elle en relation avec un état antérieur ? Oui Non

À partir de quelle date l'activité professionnelle a-t-elle dû être interrompue ? _____

Quelle est la date présumée de l'accouchement ? _____

4 - À remplir dans tous les cas

L'assuré(e) a-t-il (elle) eu des arrêts de travail avant l'arrêt de travail actuel ? Oui Non

• Préciser les périodes antérieures d'arrêts concernant la maladie actuelle ou l'accident actuel _____

• Préciser les périodes d'arrêts de travail concernant une autre maladie ou un autre accident _____

Était-il (elle) suivi(e), traité(e) pour d'autres affections ou lésions ? Oui Non

- Lesquelles ? _____
- Depuis quand ? _____
- Nature des traitements _____

Indiquer si l'incapacité de travail est totale partielle à _____ %

L'arrêt de travail est prescrit jusqu'au _____

Fait à la demande de l'intéressé(e) pour valoir ce que de droit _____

Le _____

Signature et cachet du médecin obligatoires

La Médicale de France

S.A. au capital entièrement libéré de 2 160 000 euros
 Entreprise régie par le Code des assurances
 Siège social : 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris
 Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul
 75499 Paris Cedex 10 - 582 068 698 RCS Paris

www.lamedicale.fr

Predica - S.A. au capital entièrement libéré de 997 087 050 euros
 Entreprise régie par le Code des assurances
 Siège social : 50-56 rue de la Procession - 75015 Paris - 334 028 123 RCS Paris
 La Médicale Vie-Prévoyance - Association Loi 1901
 Siège social : 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris

