

Informations adhérent

N° adhérent

Je soussigné(e)

Mme M. Nom :

Nom de jeune fille : Prénom :

Date de naissance Lieu de naissance : Pays : Dépt.

N° Sécurité Sociale clé

Adresse

N° Bis-Ter Nature et nom de la voie :

Complément d'adresse :

Code postal Ville : N° Tél. fixe N° Tél. portable

Adresse e-mail

Rubrique à compléter par l'adhérent

Motif de l'arrêt :

Maladie Accident de la vie privée

S'il s'agit d'un accident :

Circonstances de l'accident :

Met-il en cause un tiers responsable ? Oui Non

Dans l'affirmative préciser les nom, prénom du tiers et les coordonnées de son assureur :

Mon arrêt de travail est prescrit du au

Arrêt initial Prolongation : préciser la date du point de départ

Date de reprise du travail : Non repris à ce jour

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Je m'engage en outre à rembourser la Mutuelle si les périodes indemnisées sont prises en charge par un tiers (employeur, caisse de Sécurité sociale ou autres).

Fait à

Signature (faire précéder votre signature de la mention «lu et approuvé»)

le

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à visite médicale tout assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations pour vérifier la réalité du sinistre et de la validité de la déclaration faite lors de l'adhésion à la garantie.

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par la Mutuelle dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à leur objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels l'assuré bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégués de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, toute personne dont les données personnelles sont conservées par la Mutuelle dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression sur les informations la concernant. Toute personne peut exercer ces droits par courrier accompagné d'un titre d'identité, adressé à la Direction juridique de la Mutuelle - 32, rue Blanche - 75009 PARIS.

Informations adhérent

N° adhérent

Je soussigné(e)

Mme M. Nom :

Nom de jeune fille : Prénom :

Date de naissance Lieu de naissance : Pays : Dépt.

N° Sécurité Sociale clé

Adresse

N° Bis-Ter Nature et nom de la voie :

Complément d'adresse :

Code postal Ville : N° Tél. fixe N° Tél. portable

Adresse e-mail

Rubrique à compléter par l'adhérent

Motif de l'arrêt :

Maladie Accident de la vie privée

S'il s'agit d'un accident :

Circonstances de l'accident :

Met-il en cause un tiers responsable ? Oui Non

Dans l'affirmative préciser les nom, prénom du tiers et les coordonnées de son assureur :

Mon arrêt de travail est prescrit du au

Arrêt initial Prolongation : préciser la date du point de départ

Date de reprise du travail : Non repris à ce jour

Je soussigné(e) certifie l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus.

Je m'engage en outre à rembourser la Mutuelle si les périodes indemnisées sont prises en charge par un tiers (employeur, caisse de Sécurité sociale ou autres).

Fait à

Signature (faire précéder votre signature de la mention «lu et approuvé»)

le

La Mutuelle se réserve le droit de soumettre à visite médicale tout assuré qui formule une demande ou bénéficie de prestations pour vérifier la réalité du sinistre et de la validité de la déclaration faite lors de l'adhésion à la garantie.

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées par la Mutuelle dans le cadre de la passation des contrats, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution des obligations de la Mutuelle conformément à leur objet. Elles peuvent être communiquées aux autres organismes assureurs auprès desquels l'assuré bénéficie de garanties ainsi qu'aux délégataires de gestion, intermédiaires d'assurance, partenaires, prestataires du régime obligatoire dans le cadre des procédures de télétransmission. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, toute personne dont les données personnelles sont conservées par la Mutuelle dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'opposition et de suppression sur les informations la concernant. Toute personne peut exercer ces droits par courrier accompagné d'un titre d'identité, adressé à la Direction juridique de la Mutuelle - 32, rue Blanche - 75009 PARIS.

Liste des pièces à fournir

➔ Lors de la demande initiale d'indemnisation :

- Tout document indiquant notamment la nature et la durée de l'interruption de travail ainsi que le montant de salaire effectivement perçu pendant le congé pour maladie.
- Les bulletins de salaire ou les décomptes de la Sécurité sociale et les décomptes de paiement d'indemnités servies par tout autre organisme, afférents à la période indemnisée.
- Le dernier bulletin de salaire indiquant le montant perçu lorsque le salarié est en activité.

➔ En cas de prolongation d'indemnisation :

- Tout document indiquant la nature et la durée de la prolongation d'interruption de travail ainsi que le montant de salaire effectivement perçu pendant le congé pour maladie.
- Les bulletins de salaire ou les décomptes de la Sécurité sociale et les décomptes de paiement d'indemnités servies par tout autre organisme, afférents à la période indemnisée.

