

RÉGIME DE PRÉVOYANCE DES SALARIÉS DU NOTARIAT N° 2858 DÉCLARATION ARRÊT DE TRAVAIL

à remplir par le collaborateur

Contrat N°
 Nom de l'employeur

1. VOS COORDONNÉES

Nom Prénom(s)
 Nom de naissance Date de naissance
 Date de naissance des enfants à charge
 Date d'entrée chez l'employeur Poste occupé
 Adresse
 Code postal Ville
 Adresse e-mail personnelle

2. VOTRE ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail Arrêt de travail Total ou Partiel
 Nature de l'arrêt de travail Maladie Maladie professionnelle Accident
 Accident de travail Autres
 Hospitalisation Oui Non Du Au
 Date de mise en invalidité le cas échéant ? Précisez la catégorie de classement ?
 Date de la mise à la retraite le cas échéant ?

3. LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Vos réponses aux questions posées, et votre autorisation, sur la collecte et le traitement de vos données de santé, sont obligatoires pour le règlement des prestations qui vous sont dues. De même, les réponses et informations contenues dans le présent document sont destinées au médecin conseil du service médical de l'assureur ainsi qu'éventuellement, au médecin du réassureur de ce dernier.
 Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex - pour toute information le concernant.

Fait à
 Le

Signature du collaborateur

PRÉVOYANCE ENTREPRISE CERTIFICAT MÉDICAL DÉTAILLÉ



IMPORTANT : Ce certificat doit être **complété par l'assuré** et envoyé à :

LSN By Hélium
Monsieur le Médecin Conseil AXA France Vie
4 rue Léon Patoux
CS 60007
51686 Reims Cedex 2

1. L'EMPLOYEUR

Numéro de contrat (contrat d'assurance collective de l'entreprise) :

Entreprise de l'assuré :

Téléphone : E-mail :

2. L'ASSURÉ⁽¹⁾

Numéro de sinistre AXA⁽²⁾ :

Mme M.

Nom : Prénom :

Date de naissance : Profession :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : E-mail :

3. DESCRIPTION DE L'INCAPACITÉ

Date de l'arrêt de travail initial :

L'origine de l'arrêt est-elle liée à : État de grossesse Maladie professionnelle Accident du travail

Accident de la vie privée Accident de la voie publique Maladie

L'arrêt fait-il suite à un accident provoqué par un tiers ? Oui Non

Pathologie(s) à l'origine de l'arrêt de travail (*joindre une copie du compte rendu de consultation spécialisé⁽³⁾*) :

À quelle date remonte le début de la maladie :

Date d'intervention chirurgicale subie ou prévue (*joindre une copie du compte rendu opératoire⁽³⁾*) :

Date(s) d'hospitalisation(s) passée(s) ou prévue(s) (*joindre une copie du compte rendu d'hospitalisation⁽³⁾*) :

Médicaments prescrits, actuellement (noms et doses, joindre une copie de votre ordonnance médicale⁽³⁾) :

Vous avez déjà repris le travail le : À temps partiel À temps complet

Vous prévoyez de reprendre le : À temps partiel À temps complet

Vous êtes en invalidité de : 1^{re} catégorie 2^e catégorie 3^e catégorie

Une invalidité est-elle à envisager ? Oui Non

Observations :

Fait à

Le

Signature de l'assuré

(1) Les coordonnées de l'assuré sont obligatoires.

(2) Vous trouverez votre numéro de sinistre dans les références des courriers adressés par AXA.

(3) Selon la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. L. 1111-7), vous pouvez obtenir une copie de vos documents médicaux auprès des praticiens que vous avez consultés ou des établissements où vous avez été hospitalisé.



DOCUMENTS À JOINDRE

1. LES DOCUMENTS INDISPENSABLES POUR QUE LE DOSSIER SOIT COMPLET SONT :

- Le certificat médical détaillé à insérer dans l'enveloppe « Confidentiel » ci-jointe.
- Votre RIB.
- Votre dernière déclaration fiscale (afin d'examiner vos droits à une éventuelle exonération de CSG/CRDS).

POUR RAPPEL, vous devez nous retourner tous les documents à l'adresse suivante :

LSN By Hélium
4 rue Léon Patoux
CS 60007
51686 Reims Cedex 2

IMPORTANT :

L'enveloppe « Confidentiel » fournie ne doit contenir que le certificat médical détaillé.

