

Déclaration d'arrêt de travail

ATTENTION

Sauf avis contraire de votre part, les prestations seront versées sur le compte bancaire sur lequel Generali Vie prélève vos primes. Si vous souhaitez que les prestations soient virées sur un autre compte, il convient de joindre obligatoirement un relevé d'identité bancaire (à 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 interlocuteur du réseau La Médicale. 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 Generali Vie.

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.

N.B. : 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 interlocuteur du réseau La Médicale reste à votre disposition pour toute information liée à la gestion administrative de votre dossier.

Déclaration d'arrêt de travail (suite)

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 (**réponse obligatoire à chaque question**) :

Nom et prénom _____

Profession _____

Avez-vous interrompu totalement votre activité professionnelle ? Oui Non

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

Au jour de votre arrêt de travail, étiez-vous en règle avec l'obligation légale de vaccination touchant les professions de santé ? : Oui Non

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.

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

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.

Fait à _____

le

Signature _____

Attestation médicale

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN PRESCRIVANT L'ARRÊT DE TRAVAIL OU À DÉFAUT LE MÉDECIN TRAITANT

(à l'exclusion de l'assuré(e) lui (elle)même) et à adresser sous pli confidentiel au Médecin-conseil de l'assureur*.

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 Non

Les autres grossesses se sont-elles bien déroulées ? Oui Non

L'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