



Aucune étude ne sera effectuée sans réception de ce formulaire et du formulaire « Informations médicales », datés et signés.

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ(E)

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal :  Ville :

Email :

Téléphone fixe :  Portable :

N° de SECU :

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt initial en cours ou du temps partiel (obligatoire) :

Aviez-vous un contrat de même nature chez un précédent assureur ? exemple :

MNT, Intériale, Collecteam, MFP, Mutex, Sofaxis etc.  OUI  NON

Si OUI, merci de préciser :

Nom du précédent assureur :

Type de contrat :  Collectif  Individuel

Période de couverture de votre ancien contrat :  
du  /  /  au  /  /

Garanties souscrites :  Incapacité  Primes  Invalidité  
 Perte de retraite  Décès  Autres, précisez .....

Aviez-vous été en arrêt de travail pour cette même affection chez votre précédent assureur ?  OUI  NON

Aviez-vous été indemnisé(e) pour cette même affection ?  OUI  NON

Si OUI, merci de préciser les périodes d'indemnisation :

du  /  /  au  /  /   
du  /  /  au  /  /   
du  /  /  au  /  /

Je certifie sur l'honneur que les informations déclarées ci-contre sont exactes et sincères.

FAIT A

SIGNATURE DE L'AGENT **OBLIGATOIRE**

LE

Vos données personnelles sont enregistrées dans un fichier informatisé par TERRITORIA mutuelle afin d'assurer la gestion administrative de votre dossier et répondre aux exigences réglementaires. Les données collectées sont communiquées aux seuls partenaires de gestion et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, base légale de traitement. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez de droits sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par courrier ou par mail : dpo@territoria-mutuelle.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits «Informatique et libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

1

## PIECES À FOURNIR PAR L'AGENT

➤ À REMPLIR, À DATER ET À SIGNER

- Ce formulaire « Demande d'indemnisation »
- Le formulaire « Informations médicales »
- Un relevé d'Identité Bancaire à votre nom

A adresser par e-mail à  
**ouverture@territoria-mutuelle.fr**  
ou par voie postale sous enveloppe  
confidentielle à  
TERRITORIA Mutuelle  
54 rue de Gabel - CS 76016  
79185 Chauray cedex

2

➤ BON À SAVOIR...

- Toute fausse déclaration ou information incomplète est susceptible d'exposer à un refus de prise en charge et, le cas échéant, à une radiation.
- Sous peine de forclusion (selon conditions contractuelles), les demandes d'indemnisation et pièces annexes doivent nous parvenir sous un délai maximum de 3 mois à compter de la perte de traitement.
- Dans l'hypothèse où votre employeur vous placerait, par arrêté administratif, à plein traitement avec effet rétroactif ou procéderait à une régularisation pour un autre motif, nous vous demanderons le remboursement à TERRITORIA MUTUELLE des prestations perçues au titre des garanties « maintien de traitement » et/ou « primes et indemnités » pendant les périodes visées par l'arrêté administratif.