



Aucune étude ne sera effectuée sans réception de ce formulaire et du formulaire « Demande d'indemnisation », datés et signés. Si vous ne parvenez pas à le remplir seul, votre médecin peut vous aider en vous communiquant les informations nécessaires (Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'avril 2015 sur les questionnaires de santé, certificats et assurances).

ASSURÉ(E)

Nom : Prénom(s) : Date de naissance :
N° de SECU : Email :
Téléphone fixe : Portable :

EMPLOI

Employeur :
Profession exacte :
Date d'entrée dans la collectivité : / /

Préciser le type d'activité :

- Travail de bureau
 Travail physique
 Conduite de véhicule

INFORMATIONS MÉDICALES OBLIGATOIRES Précisions concernant les dates des arrêts de travail

Date de l'arrêt initial en cours ou du temps partiel (obligatoire) : / / 20

Date de la première constatation de la pathologie : / /

Avez-vous déjà été en arrêt de travail pour cette pathologie ? OUI NON

Si OUI, dates des arrêts de travail ? Du / / au / / Du / / au / / Du / / au / /
Du / / au / / Du / / au / / Du / / au / /

Cet arrêt de travail fait-il suite à un accident ? OUI NON **Si OUI, merci de compléter le verso de ce document.**

Indiquer le nom précis de la pathologie à l'origine de l'arrêt et la description des symptômes

(en cas de grossesse, indiquer les dates de congé pathologique et maternité) :

Préciser les traitements et/ou suivis médicaux (merci de joindre une copie des comptes rendus opératoires et d'imageries) :

APTITUDE À TRAVAILLER À ce jour

L'assuré(e) a-t-il repris le travail ? OUI NON Si OUI, à quelle date ? / / 20

Si NON, indiquer la date prévisionnelle de reprise : / / 20

À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT

Formulaire informations médicales rempli par : L'assuré(e) lui-même Le médecin traitant

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

FAIT A

SIGNATURE DE L'AGENT **OBLIGATOIRE**

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN
FACULTATIF

LE / / 20

Vos données personnelles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil de TERRITORIA mutuelle et traitées dans le respect du secret médical. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé afin d'assurer la gestion de votre dossier et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, base légale du 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.



ASSURÉ(E)

Nom :

Prénom(s) :

Date de naissance :

EN CAS D'ACCIDENT

Vie privée

Activité sportive sous licence

Lieu de travail (ou trajet dans le cadre du travail)

Date de l'accident :

Circonstances et description de l'accident :

Causé par un tiers : OUI NON

Tiers identifié : OUI NON

Nature des lésions :

Traitement - suivi :

APTITUDE À TRAVAILLER À ce jour

L'assuré(e) a-t-il repris le travail ? OUI NON

Si OUI, à quelle date ?

Si NON, indiquer la date prévisionnelle de reprise :

À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT

Formulaire informations médicales rempli par :

L'assuré(e) lui-même Le médecin traitant

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

FAIT A , LE

SIGNATURE DE L'AGENT
OBLIGATOIRE

SIGNATURE ET CACHET DU
MEDECIN FACULTATIF

Vos données personnelles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil de TERRITORIA mutuelle et traitées dans le respect du secret médical. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé afin d'assurer la gestion de votre dossier et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, base légale du 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 « Informations médicales »
- Le formulaire « Demande d'indemnisation »
- 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, les demandes d'indemnisation et pièces annexes doivent nous parvenir sous un délai maximum de 3 mois à compter de la perte de traitement. Selon conditions contractuelles.
- 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.
- Quelle que soit la personne ayant rempli ce document, la responsabilité de son contenu incombe à l'assuré(e).