

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A LA DEMANDE

- un certificat médical ou une photocopie du certificat médical précisant la date d'arrêt de travail,
- le décompte des prestations en espèces perçues au titre de l'incapacité de travail émanant de l'employeur, de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance,
- l'avis d'arrêt (ou de prolongation),
- un justificatif précisant les dates d'interruption de travail pour maladie ou accident indemnisées par l'employeur ou la Sécurité Sociale justifiant des droits à indemnisation,
- une attestation sur l'honneur de l'assuré énumérant les indemnisations qu'il reçoit au titre de son incapacité,
- le bulletin de salaire du mois précédant la période avec perte de rémunération
- les bulletins de salaire pour chacun des mois durant la période avec perte de rémunération
- un relevé d'identité bancaire du bénéficiaire de la prestation
- autre pièce ou formulaire demandé par l'Assureur.

ENGAGEMENTS DE L'ASSURE CONFORMEMENT AUX DISPOSITIONS DE LA NOTICE DU CONTRAT

Je soussigné, NOM _____ Prénom _____

- m'engage à reverser sans délai, à l'Assureur, les indemnités trop perçues à la suite du rétablissement de mes droits à plein traitement notamment en cas de changement de nature de mon congé maladie et ce dès que les services de l'Administration auront procédé à la régularisation de ma situation.
- autorise l'Assureur à opérer toute compensation entre les sommes dues à ce titre et les autres prestations dues par l'Assureur à mon encontre.
- m'engage à me soumettre à tout contrôle médical diligenté par l'Assureur,

A _____, le [][] / [][] / [][][][]

Signature de l'assuré, précédée de la mention «lu et approuvé»

Cadre à remplir par l'ADMINISTRATION ou par l'EMPLOYEUR

ATTESTATION ARRET DE TRAVAIL

Je soussigné (e) _____,

responsable du service gestionnaire ou agissant en tant que tel,

atteste par la présente, que :

Nom _____ Prénom _____

Employé (e) en qualité de (fonction et statut à préciser) : _____

Précisez le temps de travail (100%, 90 %, 80%): _____ depuis le : _____

ARRETS DE TRAVAIL OUVRANT DROIT AUX PRESTATIONS

Périodes d'arrêt de travail		Nature du congé *	Nombre de jours de rémunération à	
du	au		Plein traitement	Demi-traitement
[]/[]/[]	[]/[]/[]			
[]/[]/[]	[]/[]/[]			
[]/[]/[]	[]/[]/[]			
[]/[]/[]	[]/[]/[]			
[]/[]/[]	[]/[]/[]			
[]/[]/[]	[]/[]/[]			
[]/[]/[]	[]/[]/[]			
[]/[]/[]	[]/[]/[]			

* **nature du congé** : MO : maladie ordinaire, CLM : congé de longue maladie, CLD : congé de longue durée,
AT : Accident de travail, CGM : Congé pour grave maladie, DOS : disponibilité d'office pour raison de santé

Cachet du service du gestionnaire

Fait à _____ le []/[]/[]

(signature)