

# Prévoyance Collective

## Déclaration d'arrêt de travail

Merci d'écrire en MAJUSCULES

### IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

Numéro de contrat

Raison sociale

Siège social

Adresse du siège social

Code postal  Ville

Téléphone

Nom de l'établissement<sup>(1)</sup>

Adresse de l'établissement<sup>(1)</sup>

Code postal  Ville

Téléphone  Adresse mail

Numéro Siret  Code NAF

### IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

M<sup>me</sup>  M.

Nom

Prénoms

Nom de naissance

Date de naissance  JJMM AAAA Numéro de Sécurité sociale  Âge

Commune de naissance

Code postal de la commune de naissance

Pays de naissance

Adresse

Code postal  Ville

Date d'entrée chez les souscripteur  JJMM AAAA Date adhésion au contrat  JJMM AAAA

### RENSEIGNEMENTS SUR L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail  JJMM AAAA Cause de l'arrêt de travail<sup>(1)</sup>  Maladie  Accident  Hospitalisation

Si l'arrêt de travail est consécutif à un accident, a-t-il été causé par un tiers<sup>(1)</sup>?  OUI  NON

Si oui, le questionnaire ci-dessous devra être impérativement complété.

Avez-vous repris le travail (1) ou votre arrêt est-il terminé<sup>(1)</sup>?  OUI  NON

Si oui, à quelle date?  JJMM AAAA



Mutex et votre mutuelle mettent en œuvre un traitement de données à caractère personnel et de données dites sensibles vous concernant pour assurer la passation, la gestion et l'exécution du contrat. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de prospection, de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, l'exécution des dispositions légales et réglementaires et ce, en application desdits contrats ou de l'intérêt légitime de Mutex. Les données collectées dans ce formulaire sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de Mutex et de votre mutuelle, ainsi que, le cas échéant à leurs sous-traitants ou prestataires. Les données collectées sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée de la durée des prescriptions légales. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données, d'un droit à la portabilité, d'un droit d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après votre décès. Vous pouvez exercer vos droits auprès du délégué à la protection des données de Mutex par mail dpo@mutex.fr ou par courrier à l'attention du délégué à la protection des données de Mutex - 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex. L'exercice de vos droits est subordonné à la production d'un titre d'identité que vous devez joindre à votre demande. En cas de réclamation, vous disposez d'un droit de saisir la CNIL.

### SALAIRE DE RÉFÉRENCE

Salaire brut des 12 mois civils précédents la date de l'arrêt de travail :  €

1/12 des rémunérations brutes variables supplémentaires (13<sup>e</sup> mois, primes de vacances, hors rémunérations variables à périodicité plus longue que l'année) perçues au cours des 12 derniers mois civils

précédents la date de l'arrêt de travail :  €

Salaire retenu .....  € Période

Rémunération supplémentaires retenues <sup>(1)</sup>  € Période

### MODE DE PAIEMENT

Le paiement des prestations est effectué à l'employeur.

par virement à un compte courant : joindre un relevé d'identité bancaire

### PIÈCES A JOINDRE

Dans tous les cas :

- Photocopies des décomptes de la sécurité sociale justifiant le versement des indemnités journalières depuis le début de l'arrêt de travail.
- Bulletins de salaire des 12 mois civils précédents le mois où est survenu l'arrêt de travail (ou davantage si le salaire de référence le nécessite).
- S'il s'agit d'un accident (vie privée) ou d'un accident de trajet causé par un tiers : remplir le questionnaire ci-dessous.

(1) Cocher la case correspondante.



**QUESTIONNAIRE (à remplir par l'assuré)**

Merci d'écrire en MAJUSCULES

**VOTRE ARRÊT DE TRAVAIL EST CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT CAUSÉ PAR UN TIERS**

Il vous appartient de répondre aux questions suivantes :

■ **ACCIDENT**

Date JJMMAAAA Heure HH:MM

Lieu

Moyen de locomotion de la victime

Moyen de locomotion du tiers

■ **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE TIERS**

Nom

Prénoms

Adresse

Code postal Ville

Nom de la compagnie d'Assurance

Adresse de la compagnie d'Assurance

Code postal Ville

N° de police

N° du dossier « sinistre »

■ **RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA VICTIME**

Nom de la compagnie d'Assurance

Adresse de la compagnie d'Assurance

Code postal Ville

Le cas échéant, de l'agent local

N° de police

N° du dossier « sinistre »

■ **CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT**

Expliquer les circonstances de l'accident au verso, avec, si possible, un plan à l'appui et joindre la copie du constat amiable ou du constat de gendarmerie ou du rapport de police.

**CERTIFIÉ SINCÈRE ET VÉRITABLE**

Fait à le JJMMAAAA

POUR LE SOUSCRIPTEUR

SIGNATURE

CACHET DU SOUSCRIPTEUR



Assureur des garanties :

**MUTEX**

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - RCS Nanterre 529 219 040

Siège social : 125 avenue de Paris - 92327 Châtillon cedex