



DÉCLARATION D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL*

IRP AUTO ARTISANS et TNS

Vos références (n° d'adhérent(e))
à compléter impérativement

* Le contrat souscrit définit l'incapacité temporaire de travail comme étant "L'IMPOSSIBILITÉ TOTALE D'EXERCER SON MÉTIER"

Ce document doit être rempli, pour chaque arrêt, par votre médecin traitant, puis envoyé **sous pli confidentiel** à IRP AUTO SERVICE ADHÉSION SANTÉ MPA, 8, RUE P.A CHADOUTEAU - CS 70000, 16909 ANGOULÊME CEDEX 9.

IMPORTANT : en cas d'hospitalisation, vous devez joindre obligatoirement un bulletin de situation ou d'hospitalisation.

Assuré(e) : Nom : Prénom :

Né(e) le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Profession :

Adresse :

E-mail : @

Vos références (n° d'adhérent(e)) à compléter impérativement en haut de page

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

CONFIDENTIEL

Le médecin des assurances remercie le médecin traitant de bien vouloir remplir ce certificat de manière aussi précise et complète que possible. Il permettra d'apprécier les droits de l'assuré(e) aux prestations garanties.

Je certifie que l'état de santé de M. Mme : entraîne une incapacité temporaire de travail (ITT) de : jours du [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] au [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

EN CAS DE PREMIER ARRÊT

Durée prévisible de l'ITT :

S'il est consécutif à une maladie

- Diagnostic :
- À votre connaissance, l'assuré(e) a-t-il(elle) été soigné(e) précédemment pour une telle maladie et, si oui, à quelle époque ?

S'il est consécutif à un accident

- Date de l'accident : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
- Nature et siège des lésions :
- Séquelles éventuelles :
- **Circonstances de l'accident : faire compléter par l'assuré(e) la déclaration d'accident figurant au verso.**

EN CAS DE PROLONGATION

ITT du : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Prolongation du : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] au : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Motif de la prolongation (nature de la complication ou de l'évolution qui la justifie) :

Durée prévisible de la prolongation :

CERTIFICAT ÉTABLI À LA DEMANDE DE L'ASSURÉ(E) ET REMIS À CELUI-CI (CELLE-CI) POUR VALOIR CE QUE DE DROIT

Nom et prénom du médecin :

N° de téléphone : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Date et signature : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Cachet du médecin :

IMP
PAR



L'arrêt de travail doit être déclaré au plus tard dans les 30 jours suivant sa survenance, faute de quoi la date du fait générateur sera considérée comme étant la date de réception de la déclaration par IRP AUTO service Adhésion Santé MPA. Sauf cas de force majeure dûment justifié, l'arrêt de travail ne sera pas pris en charge s'il est déclaré plus de quatre mois après la date du fait générateur.

Si la cause de l'arrêt est un accident, vous devez aussi remplir la partie « Déclaration d'accident » précisant les circonstances, la date, le lieu, et joindre les éventuelles preuves de l'accident.

DÉCLARATION D'ACCIDENT

(à remplir par l'assuré(e))

• Lieu de l'accident :

• Circonstances de l'accident :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Joignez les preuves éventuelles de l'accident (procès-verbal, coupures de journaux, témoignages, etc.).

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E)

- Je note que l'organisme assureur se réserve le droit de faire passer une visite médicale à ses frais.
- Je soussigné(e) déclare reconnaître l'exactitude et la sincérité de la présente déclaration d'incapacité temporaire de travail.
- Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de l'indemnisation.
- J'accepte la communication de la présente déclaration d'incapacité temporaire de travail au contrôle médical de l'organisme assureur.
- Je déclare être toujours en activité et inscrit au répertoire des métiers (ou RCS) et m'engage à informer l'assureur de tout changement de situation.

Dans le cas contraire, je renseigne les informations ci-dessous concernant ma cessation d'activité.

Déclaration de cessation d'activité (Régime fiscal des prestations des contrats d'assurances entrant dans le cadre de la loi 94-126 du 11.02.94 dite loi Madelin).

Je déclare être en cessation d'activité et être radié(e) du répertoire des métiers (ou RCS) depuis le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

.

Afin de déterminer mon éventuel droit à exonération de prélèvements sociaux (CSG, CRDS), je fournis mon dernier avis d'imposition*.

En complétant et signant ce document, j'autorise IRP AUTO MPA à collecter et utiliser les informations me concernant dans le cadre de la gestion et l'exécution du contrat ainsi que le respect de ses obligations légales et réglementaires. Ces informations sont indispensables à IRP AUTO pour le traitement de ma demande. Les destinataires de ces données sont les personnels habilités par le responsable de traitement, ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs et les coassureurs.

Conformément à la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données à caractère personnel. Pour motifs légitimes, vous disposez d'un droit d'opposition et de limitation au traitement de vos données. Vous pouvez enfin vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par courrier à Groupe IRP AUTO, À l'attention du Délégué à la protection des données - 39, avenue d'Iéna - CS 21687 - 75202 PARIS Cedex 16. Pour plus d'informations, consulter notre site internet, à la rubrique « Nos engagements ».

Fait à :, le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature de l'adhérent(e) (précédée de la mention "lu et approuvé")

*À défaut de justificatif, vos paiements se verront appliquer les prélèvements sociaux à taux plein.



www.irp-auto.com