

Liasse "Arrêt de Travail"

Le présent dossier comporte les formulaires :

À REMPLIR

1. "AVIS D'INTERRUPTION DE TRAVAIL", à remplir par l'assuré
2. "CERTIFICAT DU MÉDECIN TRAITANT", à remplir par le Médecin Traitant de votre choix.

À TRANSMETTRE À L'UNIM

1, rue Lançon - 57046 Metz Cedex 1 - Tél. : 03 87 56 55 54 - Fax : 03 87 56 55 85

en y joignant, s'il y a lieu, un bulletin d'hospitalisation (si l'hospitalisation est supérieure ou égale à 24 heures).

Vous pouvez également utiliser le site UNIM : www.unim.asso.fr et télécharger la liasse "Arrêt de Travail".

Veuillez nous transmettre, dès leur prescription, les certificats mensuels de **prolongation** d'arrêt de travail ou de **reprise** de vos activités.

Veuillez nous adresser un RIB, enrichi des informations IBAN/BIC, pour le virement de vos prestations.

L'assuré est tenu de se soumettre à tout examen médical que l'assureur pourrait juger utile.

TRÈS IMPORTANT

En cas de sinistre, l'UNIM doit être avisée dans un délai maximum de 5 jours.

Il vous appartient ensuite de transmettre cette liasse dans les plus brefs délais à l'UNIM.

A découper et à renvoyer avec la liasse arrêt de travail.



ATTESTATION

Nom : Prénom :

Par la présente, j'atteste avoir exercé mon activité jusqu'à la veille de mon arrêt de travail et je m'engage à n'effectuer aucun acte professionnel et à n'exercer aucune activité sous quelque forme que ce soit, pendant toute la durée de mon arrêt de travail.

Date : Signature :



Allianz Vie
S.A. au capital de 643.054.425 euros
340.234.962 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des Assurances.
Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris

www.allianz.fr



Association Loi de 1908
1, rue Lançon
57000 Metz
unim.asso.fr
info-unim@unim.asso.fr



Avis d'interruption de travail - Déclaration de l'Assuré

Nom de l'assuré : Nom de jeune fille : Prénom :

Date de naissance : Adresse :

N° de téléphone : Adresse E-mail :@.....

Profession : Libérale Salariée Depuis quelle date ?

Date d'effet de l'adhésion : Numéro d'adhésion : Date de l'arrêt de travail :

CAUSE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

<input type="checkbox"/>	Maladie	<input type="checkbox"/>	Maladie + Hosp.	<input type="checkbox"/>	Accident	<input type="checkbox"/>	Accident + Hosp.	<input type="checkbox"/>	Maternité*	<input type="checkbox"/>	Accouchement prévu le :
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Césarienne*		

Date de la reprise ou date prévue : À temps : Partiel Complet

S'il y a lieu, indiquer les références des autres contrats souscrits auprès d'autres compagnies pour la même garantie :

.....

Certifié exact : à le :

Signature de l'assuré :

*Grossesse pathologique uniquement pendant les périodes d'hospitalisation "en milieu hospitalier exclusivement" et selon les dispositions contractuelles.

EN CAS D'ACCIDENT* *Veillez remplir également les rubriques ci-dessous :*

TRÈS IMPORTANT Par "ACCIDENT" : il faut entendre tout événement **soudain, imprévu et extérieur à la victime** constituant la cause d'un dommage corporel.

Date : et heure de l'accident :

Lieu et circonstances **détaillées** de l'accident :

.....
.....
.....
.....

Nom du tiers responsable (le cas échéant) :

Autorité ayant procédé au constat :

Nom(s), prénom(s) et adresse(s) des témoins :

.....

Nom, prénom et adresse du déclarant (s'il n'est pas l'assuré) :

.....

Certifié exact : à le :

Signature de l'assuré :



Allianz Vie
S.A. au capital de 643.054.425 euros
340.234.962 RCS Paris
Entreprise régie par le Code des Assurances.
Siège social : 87, rue de Richelieu - 75002 Paris

Association Loi de 1908
1, rue Lançon
57000 Metz
unim.asso.fr
info-unim@unim.asso.fr

Certificat médical à retourner

sous pli confidentiel à Monsieur le Médecin Conseil de l'UNIM 1, rue Lançon, 57046 Metz Cedex 1 - Tél. 03 87 56 55 54

CERTIFICAT DU MÉDECIN TRAITANT

1. Nom de l'assuré : Prénom : Âge :
 2. Domicile :
 3. De quelle affection est-il atteint ? ou de quelles blessures (s'il s'agit d'un accident) ? :
 4. À quelle date les premières manifestations pathologiques de la maladie sont-elles apparues ? :
 5. Précisez la nature et la date des antécédents :
 6. À quelle date a-t-il consulté pour la première fois un médecin pour l'affection en cause ? :
 7. Depuis quelle date suit-il un traitement médical pour cette affection ? :
 8. À partir de quelle date de travail a-t-il dû être interrompu ? :
 9. Indiquez les manifestations pathologiques et le diagnostic :
 10. Quel est le pronostic ? :
 11. À quelle date envisagez-vous la reprise du travail ? :
À temps partiel : le
À temps complet : le
 12. Une invalidité est-elle envisagée ? :
Date de consolidation :
L'invalidité sera-t-elle ? Partielle Totale temporaire Totale et définitive
- Fait à : le :
- Nom du Médecin :
- Adresse :

Signature et cachet du Médecin traitant :

À joindre : toutes pièces médicales que vous jugerez utiles (radiographies, résultats d'analyses, compte-rendu opératoire ou hospitalier, etc.).
Les assurés sont tenus de produire à leurs frais les attestations médicales qui pourraient être requises par l'Assureur.