

PRÉVOYANCE COLLECTIVE CONTRAT COLLECTIVITÉ LOCALES OU TERRITORIALES

Déclaration d'arrêt de travail

Joindre la copie de la déclaration accident causé par un tiers, le cas échéant

Ouverture des droits⁽¹⁾ Modification de la nature de l'arrêt de travail⁽¹⁾

Merci d'écrire en MAJUSCULES

IDENTIFICATION DU SOUSCRIPTEUR

Collectivité Etablissement

Numéro de contrat

Raison sociale

Siège social

Adresse du siège social

Code postal Ville

Téléphone

Nom de l'établissement

Adresse de l'établissement

Code postal Ville

Téléphone Adresse mail

Numéro de Siret Code NAF

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ⁽¹⁾ M^{me} M.

Nom d'usage (d'épouse)

Prénom⁽²⁾

Nom de naissance

Date de naissance Département de naissance

Commune de naissance

Code postal de la Commune de naissance

Pays de naissance

Adresse

Code postal Ville

Nombre d'enfant(s) à charge^{(2) (3)} Nombre de personnes à charge^{(2) (4)}

Date d'entrée chez le souscripteur : Date adhésion au contrat :

⁽¹⁾ Cocher la case correspondante

⁽²⁾ A des fins de bonne identification, nous vous remercions de renseigner votre prénom figurant en premier dans l'ordre de l'état civil. En cas de prénom composé, merci de le renseigner avec un tiret



STATUT ⁽¹⁾

- Fonctionnaire titulaire CNRACL
- Stagiaire titulaire CNRACL
- Agent titulaire CNRACL bénéficiaire de la Sécurité sociale
- Agent titulaire NON CNRACL non bénéficiaire de la Sécurité sociale
- Agent non titulaire

CERTIFIÉ SINCÈRE ET VÉRITABLE

Fait à le JJMMAAAA

Signature de l'assuré

RENSEIGNEMENTS SUR L'ARRÊT DE TRAVAIL

Date de l'arrêt de travail JJMMAAAA

Si modification de la nature de l'arrêt de travail, en préciser la date JJMMAAAA

NATURE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL ⁽¹⁾

- Maladie ordinaire
- Mise en disponibilité d'office
- Longue maladie
- Mi-temps thérapeutique
- Maladie de longue durée
- Maladie ou accident de service ⁽⁵⁾
- Congés de maternité ou d'adoption ⁽⁵⁾
- Allocation d'invalidité temporaire
- Congés de grave maladie

L'arrêt de travail est-il consécutif à un accident causé par un tiers ? ⁽¹⁾ OUI NON

Si OUI, l'imprimé « Déclaration Accident causé par un tiers » devra impérativement être complété par l'assuré et joint à cette déclaration.

Le salarié a-t-il repris le travail ? OUI NON

Si OUI, à quelle date ? JJMMAAAA

⁽¹⁾ Cocher la ou les case(s) correspondante(s).

⁽⁵⁾ Ces rubriques concernent uniquement les contrats garantissant le remboursement des obligations statutaires.

CERTIFIÉ SINCÈRE ET VÉRITABLE

Fait à le JJMMAAAA

Par

Agissant en qualité de

Pour le souscripteur
Signature

Cachet du souscripteur



PIÈCES INDISPENSABLES AU TRAITEMENT DU DOSSIER

Pièces nécessaires	Statut de l'agent		
	Titulaires CNRACL	Titulaires IRCANTEC (sauf horaires) Non titulaires	Non titulaires Horaires
Photocopies des bulletins de salaire	mois concerné par l'indemnisation	mois concerné par l'indemnisation	12 mois précédant l'arrêt
Photocopies des décomptes Sécurité sociale • couvrant la carence ⁽⁶⁾ • relatif à l'arrêt de travail	non	oui en cas de maladie ordinaire	oui en cas de maladie ordinaire
Copies de l'avis d'arrêt de travail initial ou des avis de prolongation • couvrant la carence ⁽⁶⁾ • relatif à l'arrêt de travail	oui en cas de maladie ordinaire	non	non
Certificat médical ⁽⁷⁾	oui	oui	oui
Photocopies des avis du comité médical départemental ou de la commission départementale de réforme	oui sauf en cas de maladie ordinaire	oui sauf en cas de maladie ordinaire	oui sauf en cas de maladie ordinaire
Photocopie d'une pièce d'identité recto verso en cours de validité comportant la mention « non décédé » et certificat médical précisant la date d'accouchement ou certificat d'adoption	oui si maternité ou adoption	oui si maternité ou adoption	oui si maternité ou adoption
Avis de la caisse primaire d'assurance maladie renouvelable tous les 6 mois	oui en cas d'allocation d'invalidité temporaire	non	non

(*) Sauf si vous n'avez pas encore bénéficié de 30 jours d'indemnisation au titre du contrat.

- Les pièces relatives à la maternité ou à l'allocation d'invalidité ne concernent que les contrats en remboursement des obligations statutaires.
- Pour les enfants à charge⁽³⁾ :
 - Certificat de scolarité,
 - Copie du contrat d'apprentissage et bulletins de salaire,
 - Attestation d'inscription au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
 - Extrait d'acte de naissance avec filiation.
- Pour les personnes invalides (80%)⁽⁴⁾ :
 - Copie de la carte d'invalidité ou copie d'une décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ou certificat établi par l'Établissement et service d'aide par le travail (ESAT), l'Atelier protégé ou par le Centre de distribution de travail à domicile,
 - tout document justifiant que la personne invalide réside avec l'assuré.
- Relevé d'identité bancaire ou postal de l'employeur.
- Et, le cas échéant, l'imprimé « Déclaration accident causé par un tiers ».

Suite à l'examen du dossier, des pièces complémentaires pourront vous être demandées.

QUELQUES CONSEILS

- Afin de nous permettre de traiter votre demande dans les meilleurs délais, assurez-vous que cet imprimé est correctement complété et que toutes les pièces requises sont jointes.
- **En cas de reprise de travail, veuillez nous en indiquer la date.**
- Au cas où la garantie prestations en nature relative aux maladies ou accidents de service a été souscrite, veuillez nous adresser les originaux des prescriptions médicales ainsi que les factures relatives aux frais engagés.

⁽³⁾ Définition des enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge, les enfants âgés de moins de 26 ans dont l'assuré, au jour du décès, pourvoit aux besoins, assumant la charge effective et permanente de leur entretien ou leur versant une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement et qui peuvent justifier, à partir de l'âge de 16 ans de la poursuite de leurs études en produisant un certificat de scolarité, et à partir de 20 ans une attestation d'inscription à la Sécurité sociale des étudiants ou en cas d'apprentissage, copie du contrat d'apprentissage et bulletins de salaire.

⁽⁴⁾ Définition des personnes à charge : Sont considérées comme personnes à charge, les personnes ne remplissant pas les conditions de la définition des enfants à charge, qui vivent sous le toit de l'assuré et sont titulaires de la carte d'invalidité (taux 80 %) prévue à l'article 173 du Code de la famille et de l'aide sociale.

⁽⁶⁾ Périodes maintenues à 100 % par l'employeur sur les 12 mois consécutifs précédant l'arrêt de travail.



⁽¹⁾ Cocher la ou les case(s) correspondante(s).

⁽²⁾ Le cas échéant.

⁽³⁾ Définition des enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge, les enfants âgés de moins de 26 ans dont l'assuré, au jour du décès, pourvoit aux besoins, assumant la charge effective et permanente de leur entretien ou leur versant une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement et qui peuvent justifier, à partir de l'âge de 16 ans de la poursuite de leurs études en produisant un certificat de scolarité, et à partir de 20 ans une attestation d'inscription à la Sécurité sociale des étudiants ou en cas d'apprentissage, copie du contrat d'apprentissage et bulletins de salaire.

⁽⁴⁾ Définition des personnes à charge : Sont considérées comme personnes à charge, les personnes ne remplissant pas les conditions de la définition des enfants à charge, qui vivent sous le toit de l'assuré et sont titulaires de la carte d'invalidité (taux 80 %) prévue à l'article 173 du Code de la famille et de l'aide sociale.

⁽⁵⁾ Ces rubriques concernent uniquement les contrats garantissant le remboursement des obligations statutaires.

⁽⁶⁾ Périodes maintenues à 100 % par l'employeur sur les 12 mois consécutifs précédant l'arrêt de travail.

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 de votre contrat, ainsi que pour la gestion commerciale de notre relation. Ces données pourront aussi être utilisées dans le cadre d'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 du présent contrat 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, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits soit par mail (dpo@mutex.fr) soit par courrier adressé à : Délégué à la Protection des Données de Mutex, 140 avenue de la République, CS30007, 92327 Châtillon cedex. Lors de l'exercice de vos droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, vous avez la faculté de saisir la CNIL sur www.cnil.fr.



Assureur des garanties de prévoyance :

MUTEX

Société anonyme au capital de 37 302 300 euros

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

Siège social : 140 avenue de la République - CS 30007 - 92327 Châtillon cedex