



IRP AUTO Prévoyance TNS

DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Numéro de Sécurité sociale à compléter impérativement

À retourner à :

Groupe IRP AUTO
Médecin Conseil IRP AUTO
39, avenue d'Iéna
CS 21687
75202 PARIS Cedex 16

Ce document doit être rempli, pour chaque nouvel arrêt, par le membre participant avec l'aide du médecin traitant, puis envoyé sous pli confidentiel au médecin conseil d'IRP AUTO. **IMPORTANT** : en cas d'hospitalisation, joindre obligatoirement un bulletin de situation ou d'hospitalisation.

L'arrêt de travail doit nous être déclaré dans les 30 jours qui suivent la fin de la franchise (l'option rachat de franchise n'est pas prise en compte). Passé ce délai, le délai de franchise commencera à courir au jour de la déclaration du sinistre à nos services.

LE MEMBRE PARTICIPANT

Indiquez votre numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale impérativement en haut de cette page.

M Mme ⁽¹⁾ Nom de naissance : Prénom :

Nom marital : Date et lieu de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune : Téléphone :

Téléphone portable : Courriel :

A REMPLIR - CONFIDENTIEL

Le médecin conseil d'IRP AUTO MPA remercie le membre participant avec l'aide du médecin traitant de bien vouloir remplir ce certificat de manière aussi précise et complète que possible. Il permettra d'apprécier les droits du membre participant 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, le membre participant a-t-il été soigné 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 le membre participant 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 DU MEMBRE PARTICIPANT ET REMIS À CELUI-CI POUR VALOIR CE QUE DE DROIT

Nom et prénom du médecin : N° de téléphone :

Fait à, le / /

Cachet et signature du médecin

IMP
PAR



