

DECLALIB

RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À ADRESSER AU MÉDECIN-CONSEIL DE LA MACSF PRÉVOYANCE

Nous vous remercions de répondre de manière détaillée et complète à ce formulaire. En nous donnant dès maintenant des indications détaillées, vous accélerez la prise en charge de votre dossier. En cas de réponse partielle ou manquante, nous serions dans l'obligation de vous retourner les documents, sans pouvoir procéder à l'instruction de votre dossier.

IMPORTANT

Vous êtes affilié(e) au Régime obligatoire, transmettez votre arrêt de travail dans les 48 heures à votre CPAM.

INFORMATIONS VOUS CONCERNANT

Numéro de sociétaire :

Nom : Prénom :

N° de Sécurité sociale :

Téléphone

Domicile : Professionnel :

Portable :

Afin d'accélérer la gestion de votre dossier et l'envoi de nos correspondances, merci de bien vouloir nous communiquer votre adresse e-mail personnelle :

Profession exercée

Statut : Libéral Remplaçant Hospitalier Salarié Autre (à préciser) :

Mode d'exercice actuel si libéral : Cabinet individuel SCM SCP

SEL Autre (à préciser) :

Étiez-vous en activité lors de la survenance de l'incapacité ? Oui Non

Si non, merci de préciser le motif :

Cessation d'activité Congés Fin de remplacement

Interdiction d'exercice ordinale Autre (à préciser) :

Êtes-vous assuré(e) pour des garanties de même nature auprès d'autres organismes d'assurances ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser le nom de l'assureur, les garanties assurées et leurs montants :

CIRCONSTANCES DE SURVENANCE EN CAS D'ATTEINTE CORPORELLE

Si l'atteinte corporelle s'est produite au cours d'un événement particulier (type accident de circulation, activité sportive, bricolage, agression...), quelles sont les conditions de survenance de l'événement pour lequel vous souhaitez une prise en charge ?

Lieu de survenance :

Date de survenance :

Cadre dans lequel l'événement s'est produit :

Activité professionnelle

Vie privée

Accident de la circulation

Sports et loisirs

Quel sport ?

En club :

Oui

Non

Agression/Rixe

Événement naturel

Terrorisme/Attentat

Merci de préciser les circonstances détaillées de l'événement :

Estimez-vous qu'un tiers est impliqué dans la survenance de cet accident ?

Oui

Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Son nom et ses coordonnées :

Le nom et l'adresse de sa compagnie d'assurance Responsabilité civile (rattachée au contrat multirisque habitation) si vous les connaissez, et le numéro de contrat d'assurance de ce tiers :

Le numéro du sinistre ouvert auprès de cette compagnie :

En cas d'accident de la circulation, merci de nous préciser également :

Le nom et l'adresse de votre compagnie d'assurance automobile :

Le numéro de votre contrat d'assurance :

Le numéro du sinistre ouvert auprès de cette compagnie :

S'IL S'AGIT D'UNE GROSSESSE OU SUITES DE COUCHE PATHOLOGIQUE

Date présumée de l'accouchement :

Rang de l'enfant à naître :

Date de début du congé légal de maternité :

Date de fin du congé légal de maternité :

.....

Date de l'accouchement :

EN CAS D'HOSPITALISATION

Allez-vous être ou avez-vous été hospitalisé(e) ? Oui Non
Date d'entrée :

PATHOLOGIE À L'ORIGINE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

Merci de bien vouloir nous apporter les informations suivantes :
Date d'apparition des **premiers signes ou symptômes** de la pathologie :
Quels étaient ces premiers symptômes ?
Quel est le **diagnostic** retenu ?
À quelle date a-t-il été posé ?
S'agit-il d'une première manifestation ? Oui Non
S'agit-il d'une rechute, suite, récurrence ou aggravation d'une pathologie préexistante ? Oui Non
Dates des épisodes antérieurs :
Quels sont les **examens** pratiqués, dates et résultats ?
Quels sont les **traitements** entrepris et/ou prévus ?
Avez-vous bénéficié d'un arrêt de travail pour cette pathologie ? Oui Non
Durées et dates des arrêts de travail antérieurs :
En cas de pathologies multiples, les décrire et indiquer la date de survenue pour chacune :

MODE DE RÈGLEMENT

Nos règlements sont effectués systématiquement par virement bancaire sur le compte de prélèvements des cotisations du contrat concerné.
À défaut, nos règlements s'effectueront par chèque bancaire.

Je, soussigné(e) _____ ,
certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus qui serviront de base à l'étude de ma demande d'indemnisation.
Je reconnais être informé(e) que l'assureur dispose d'une faculté d'investigation et que toute fausse déclaration ou réponse volontairement incomplète de ma part autoriserait l'assureur à refuser la prise en charge de l'arrêt de travail et à mettre fin au(x) contrat(s) concerné(s).
À ce titre, le médecin-conseil de la MACSF prévoyance se réserve la faculté de demander une actualisation des données médicales.
Fait à _____ Signature
Le _____

PIÈCES MÉDICALES

Pour permettre d'instruire votre dossier d'indemnisation, merci de nous adresser une copie des documents suivants.

Toujours :

Certificat d'arrêt de travail initial puis le cas échéant de prolongation précisant **systématiquement** la nature de l'affection en cause.

Selon votre situation :

Bulletin de situation hospitalière	Compte rendu d'hospitalisation	Comptes rendus d'examens/traitements (radiologie, kinésithérapie...)
Certificat médical initial des lésions	Compte rendu services d'urgence	

PIÈCES ADMINISTRATIVES

Constat amiable (si accident de circulation sans PV de police/gendarmerie)
Procès-verbal de police/gendarmerie (si accident de voie publique ou sinistre nécessitant une enquête judiciaire)
Récépissé du dépôt de plainte (si agression)
Déclaration du club ou association (si survenu au cours d'une activité sportive)

DÉCLARATION D'ARRÊT DE TRAVAIL

INFORMATION SUR LE TRAITEMENT DES DONNÉES PERSONNELLES DES PERSONNES CONCERNÉES POUR LA GESTION D'UN DOSSIER D'INDEMNISATION

Conformément à la réglementation applicable en France relative à la protection des données à caractère personnel et en particulier aux dispositions du Règlement européen (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) et de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, la MACSF est amenée à traiter vos données personnelles dont vos données de santé à des fins de prise en charge et de gestion de votre dossier d'indemnisation.

Vos données peuvent être également collectées et traitées dans le cadre de la lutte contre la fraude en assurance, contre le blanchiment et le financement du terrorisme ainsi que pour la gestion de vos réclamations et la prévention du risque médico-juridique, et ce conformément à la réglementation en vigueur.

Vos données de santé sont traitées sur la base de votre consentement, en nous retournant le formulaire de déclaration de sinistre, et dans le strict respect du secret professionnel. Vous avez la possibilité de retirer votre consentement au traitement de vos données de santé. Dans cette hypothèse, nous attirons votre attention sur le fait que la MACSF sera dans l'impossibilité de poursuivre l'instruction de votre dossier d'indemnisation.

Vos données personnelles ne seront transmises qu'aux personnes et organismes intervenant dans la gestion (avocats, médecins-conseils, experts) et strictement habilités, et seront conservées le temps nécessaire à la gestion de votre dossier d'indemnisation et archivées selon les durées de prescriptions légales.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, de limitation et de suppression de vos données personnelles. Vous pouvez également adresser vos directives concernant le sort de vos données post-mortem.

Pour exercer vos droits, vous pouvez adresser un courrier à la MACSF à l'adresse DPO MACSF, Secrétariat Général, Juridique et Conformité Groupe, 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 LA DEFENSE CEDEX, ou un courrier électronique à l'adresse dpo@macsf.fr.

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés ([réclamation CNIL](#)). Pour en savoir plus, consultez notre [Charte de protection des données personnelles](#).

macsf.fr

MACSF assurances | SIREN n° 775 665 631

Société d'Assurance Mutuelle | Entreprise régie par le Code des assurances

Siège social : Cours du Triangle, 10 rue de Valmy, 92800 PUTEAUX

Adresse postale : 10 cours du Triangle de l'Arche, TSA 40100, 92919 LA DEFENSE CEDEX | France