Certificat médical confidentiel

à retourner au médecin-conseil de l'assureur

Ce document est à retourner directement au médecin conseil de SLPS*

SwissLife

Partie réservée à l'entreprise

Raison sociale de l'entreprise : **MUTUELLE MAGE**

Numéro complet du contrat collectif de prévoyance : **A 4361 0001**

Nom et Prénom de l'assuré : .....

Date de naissance : .....

Date initiale de l'arrêt de travail en cours : .....

Date d'envoi de ce document au salarié concerné : .....

Partie réservée au salarié (adhérent MAGE bénéficiant de la prévoyance)

Je soussigné(e) :

Nom : ..... Prénom : .....

N° d'Immatriculation à la Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Né(e) le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse : .....

.....

N° du code d'entrée si accès réservé : .....

N° de téléphone de mon domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

email : ..... @ .....

Actuellement en arrêt temporaire et total de travail depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Autorise mon médecin traitant ou le médecin qui a établi ma dernière prolongation d'arrêt, le Docteur .....

à compléter ce questionnaire que je retournerai sous pli fermé, au médecin conseil de l'Assureur.

A : ..... Le : |_|_|_|_|2|0|1|_|

Signature de l'assuré(e)

Partie réservée au médecin :

Date du 1er jour de l'arrêt total de travail : |_|_|_|_|2|0|1|_|

1. ❒ S'agit-il d'une maladie :

- Nature de l'affection : .....
- Diagnostic : .....

2. ❒ S'agit-il d'un Accident :

- Date exacte de l'accident : .....

Nature et sièges des traumatismes : .....

.....

3. Cet arrêt de travail a-t-il justifié une hospitalisation ? ❒ **Oui** ❒ **Non**

- Si oui, durée exprimée en nombre de jours : .....

4. Date de la reprise du travail envisagée :

- Reprise partielle le : .....
- Reprise totale le : .....
- Reprise à une date indéterminée : ❒ **Oui** ❒ **Non**

Fait le : |_|_|_|_|2|0|1|_|

Signature

Cachet du médecin

Conformément à l'article 32 de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 dite «informatique et libertés», modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est SwissLife Prévoyance et Santé. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus aux articles 39 et 40 de ladite loi auprès du Médecin Conseil de Swiss Life, 7 rue Belgrand 92682 Levallois-Perret.

Les données personnelles que nous souhaitons recueillir, sont indispensables pour un traitement adapté de votre dossier et seront exclusivement utilisées, dans le strict respect de la protection des données à caractère per sonnel, par le service médical de SwissLife et les autres services médicaux des sociétés sous traitante, destinataire(s) avec ses mandataires et réassureurs de l'information.

Elles sont obligatoires et l'absence de réponse aux questions posées peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier.

* **SwissLife Prévoyance et Santé -** Siège social : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret
SA au capital de € 150.000.000 - Entreprise régie par le Code des Assurances - 322.215.021 RCS Nanterre

SA 682 - 09/2012 - SJ/Création graphique : Direction de la Communication et Qualité Marque Swiss Life