groupe UITSEM

Certificat médical confidentiel

Ce document est à retourner directement au médecin conseil du groupe UITSEM, chez MAGE 42 bis rue d'Ulm 75005 PARIS

1 PARTIE RÉSERVÉE À L'ENTREPRISE

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

Numéro complet du contrat collectif de prévoyance : **Contrat collectif de prévoyance : groupe UITSEM**

Nom et Prénom de l'assuré : _____

Date de naissance : __ __ / __ __ / 1 9 __ __

Date initiale de l'arrêt de travail en cours : __ __ / __ __ / 2 0 __ __

Date d'envoi de ce document au salarié concerné : __ __ / __ __ / 2 0 __ __

2 PARTIE RÉSERVÉE À L'ADHÉRENT DE LA MUTUELLE BÉNÉFICIANT DES GARANTIES DE LA PRÉVOYANCE

Je soussigné(e) :

Nom : _____ Prénom : _____

N° d'Immatriculation à la Sécurité sociale : _____ _____

Né(e) le : __ __ / __ __ / 1 9 __ __

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 : __ __ / __ __ / 2 0 __ __

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.

Fait le : __ __ / __ __ / 2 0 __ __ ***Signature de l'assuré(e)***

A _____

3 PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN

Date du 1er jour de l'arrêt total de travail : __ __ / __ __ / 2 0 __ __

1. S'agit-il d'une maladie : ☐ OUI ☐ NON
   Nature de l'affection : _____
   Diagnostic : _____

2. S'agit-il d'un Accident : ☐ OUI ☐ NON
   Date exacte de l'accident : __ __ / __ __ / 2 0 __ __
   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 : __ __ / __ __ / 2 0 __ __
   Reprise partielle le : __ __ / __ __ / 2 0 __ __
   Reprise totale le : __ __ / __ __ / 2 0 __ __
   Reprise à une date indéterminée : __ __ / __ __ / 2 0 __ __

Fait le : ***Signature du médecin*** ***Cachet du médecin***

__ __ / __ __ / 2 0 __ __

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 le groupe UITSEM. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus aux articles 39 et 40 de ladite loi auprès du Médecin Conseil du Groupe UITSEM,43 rue Jaboulay 69349 Lyon cedex 07.

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 personnel, par le service médical du groupe UITSEM et les autres services médicaux des sociétés sous traitante, destinataire(s) avec ses mandataires et réassureurs de l'information.