



## 5. INFORMATIONS À COMPLÉTER « EN CAS D'ACCIDENT DE LA CIRCULATION »

Avez-vous été soumis à un test d'alcoolémie ?  Oui  Non  
Si vous avez répondu « Oui », quel était votre taux d'alcoolémie ? ..... mg/litre de sang, OU ..... mg/litre d'air.

Avez-vous été soumis à un dépistage de stupéfiants ?  Oui  Non  
Si vous avez répondu « Oui », le résultat était-il :  Positif  Négatif

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ?  Oui  Non  
Si vous avez répondu « Oui », quelle est la référence du rapport ? .....

## 6. INFORMATIONS À COMPLÉTER « EN CAS D'ACCIDENT DANS LE CADRE D'UNE ACTIVITÉ SPORTIVE »

Êtes-vous titulaire d'une licence sportive ?  Oui  Non  
Si vous avez répondu « Oui », pour quelle activité ? .....

## 7. DOCUMENTS À FOURNIR



### DOCUMENTS MÉDICAUX

- Le présent **Formulaire de déclaration d'arrêt de travail**, dont les 2 premières pages sont à compléter et signer par vos soins et dont la dernière page est à compléter et signer par votre médecin
- Une copie de votre **Avis initial d'arrêt de travail (ou de prolongation(s))** éventuelle(s) - volet 1)

**En cas d'examen médicaux** de type IRM, scanner, radiologie...

- Une copie de **vos compte(s) rendu(s) d'examen(s)** réalisé(s)

**En cas d'hospitalisation :**

- Votre **Compte rendu d'hospitalisation**



### DOCUMENTS PERSONNELS

- Un **Relevé d'Identité Bancaire (RIB)** du compte sur lequel vous souhaitez recevoir vos indemnités journalières

Si vous avez souscrit à la **garantie « Remboursement des Frais Professionnels » (RFP)**

- Une copie de **vos dernière Annexe fiscale 2033, 2035 ou 2052-2053**

Si **le montant de vos indemnités journalières est supérieur à 120 €**

- Une copie de votre dernière **Déclaration de revenus**, ou en cas de baisse d'activité, les 3 dernières déclarations

## 8. OBLIGATIONS LÉGALES

**Je reconnais être informé(e) que les réponses aux questions posées sont obligatoires au traitement de ma demande.**

J'autorise mon assureur à collecter et traiter mes informations de santé figurant dans ce formulaire, dans le but de régler les prestations qui me sont dues. Je déclare être informé(e) que les réponses et informations contenues dans le présent document sont destinées au Médecin Conseil du service médical de l'assureur ainsi qu'éventuellement, au médecin du réassureur de ce dernier. Je dispose d'un droit d'accès et de rectification auprès d'AXA - Service Information Clients - 313 Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre Cedex - pour toute information me concernant.

## 9. DATE ET SIGNATURE

Si vous préférez envoyer votre Déclaration sous pli postal confidentiel, vous pouvez nous l'adresser aux coordonnées ci-dessous. **Les délais de réception et donc de traitement seront toutefois plus longs.**



AXA Prévoyance individuelle  
À l'attention du Médecin Conseil  
TSA 40035  
69836 Saint-Priest Cedex 09

**Attention : En tant qu'assuré, vous êtes tenu de produire à vos frais tout document médical requis par votre assureur.**

Fait à : .....

Date de signature : | | | | | | | |

**Même si vous l'avez complété par ordinateur, imprimer ce formulaire vous permet de le signer. Vous pouvez photographier ces pages, avec un smartphone, pour nous les transmettre en ligne**

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »



## ATTESTATION MÉDICALE D'ARRÊT DE TRAVAIL (À COMPLÉTER ET SIGNER PAR VOTRE MÉDECIN)

Cette Attestation est indispensable au traitement de votre demande d'indemnités journalières,  
mais ne vaut pas « Avis d'arrêt de travail ».

### 1. INFORMATIONS SUR LE PATIENT

M.  Mme

Nom : .....

Prénom(s) : .....

Âge : [ ][ ]

Date d'arrêt de travail : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

S'agit-il d'un accident ?  Oui  Non

Si « Oui », précisez la date : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Y-a-t-il eu hospitalisation ?  Oui  Non

Si « Oui », précisez les dates exactes :

Date de début : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Date de fin : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Préciser le diagnostic et les symptômes détaillés :

À quelle date sont apparus les premiers symptômes ? [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

À quelle date remonte la première constatation médicale de l'affection/de(s) blessure(s) ? [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

L'assuré a-t-il déjà arrêté ou réduit son activité du fait de cette affection ou blessure(s) avant l'arrêt de travail actuel ?  Oui  Non

Si « Oui », précisez les périodes d'arrêt de travail antérieures, durée et date : .....

Le travail a-t-il été repris ?  Oui  Non

Si « Oui », à quelle date ? [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

#### En cas de troubles psychologiques :

L'assuré a-t-il été hospitalisé dans un établissement spécialisé ?  Oui  Non

Si « Oui », précisez les dates exactes :

Date de début : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Date de fin : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

#### En cas de grossesse à risque, précisez :

■ les dates du congé maternité : Date de début : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Date de fin : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

■ la date présumée d'accouchement : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### 2. DATE, SIGNATURE ET CACHET DU MÉDECIN

Êtes-vous le médecin traitant de l'assuré ?  Oui  Non

Si « Oui », depuis quelle date ? [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Fait à .....

Le [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Signature

Cachet

