Solimut Mutuelle de France

Cadre réservé à la CCAS

N° dossier :

Allocations constituées :

- Infirmité : %

IdCP prévoyance complémentaire

CCAS Caisse Centrale d'Activités Sociales du Personnel des Industries Electrique et Gazière www.ccas.fr

DÉCLARATION D'INFIRMITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE PAR ACCIDENT
CONTRAT IDCP N° 93006.IDCP.01

CCAS - DIRECTION PRÉVOYANCE ASSURANCES - 8 rue de Rosny - BP 629 - 93104 MONTREUIL CEDEX - Tel : 01 48 18 60 00

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ(E)

☐ Agent ☐ Conjoint de l'agent ☐ Enfant à charge de l'agent ☐ Ascendant à charge de l'agent

Nom et Prénom .....

Date de Naissance I__I__I I__I__I I__I__I__I__I

Adresse .....

Code postal I__I__I__I__I__I Ville .....

N°identifiant agent : I__I__I__I__I__I__I__I__I__I I__I__I

CAS de (précisez en toutes lettres) ..... SLVie N° I__I__I

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Date de l'Accident ..... Heure ..... Lieu .....

Un constat de Police ou de Gendarmerie a-t-il été dressé ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez quelles sont les autorités de Police ou de Gendarmerie ayant eu à connaître de l'accident, ainsi que la date et le N° du Procès-verbal :

.....

.....

Par accident, il faut entendre toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré ou du bénéficiaire provoquée par l'action soudaine, brutale, directe et exclusive d'une cause étrangère à la volonté de l'assuré.

Circonstances détaillées (préciser s'il s'agit d'un accident de sport de compétition amateur, loisirs, circulation, domestique, travail). **À remplir obligatoirement.**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PIÈCES À FOURNIR

- Un certificat médical en 2 exemplaires établi par votre médecin traitant, indiquant les lésions initiales et la date présumée de consolidation et fixant les conséquences pathologiques, physiques ou physiologiques de l'accident et leur développement connu ou présumé.

Tout accident susceptible d'ouvrir droit au règlement d'un capital garanti en cas d'infirmité permanente, doit être déclaré auprès d'un médecin dans les 10 jours.

- Ce formulaire en deux exemplaires dûment remplis, datés et signés,
- Tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille au jour de l'événement ouvrant droit au versement de la prestation :
  - en cas de PACS, une attestation de l'engagement dans les liens du PACS, délivrée par le greffe du Tribunal d'Instance du lieu de naissance ou par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris.
  - en cas de concubinage, tous documents attestant du concubinage, du domicile commun et du fait que l'assuré et son concubin sont libres de tout autre lien de même nature.
- Les bulletins de salaire pour les actifs ou bulletins de pension pour les inactifs (du mois ou du trimestre de la survenance du sinistre).
- Tout document précisant la date et l'heure, le lieu, la cause et les circonstances détaillées de l'accident ayant entraîné l'infirmité permanente et, si l'accident a donné lieu à des constatations des autorités de police ou de gendarmerie, la date et le numéro du procès verbal.

En application de la loi du 6 janvier 1978 et du règlement européen 2016/649 du 27 avril 2016, en justifiant de votre identité, vous pouvez obtenir communication et rectification de toutes informations vous concernant qui figureraient sur tous les fichiers à usage de la mutuelle, de ses mandataires et réassureurs, et des organismes participant à la gestion du contrat. Ces informations peuvent également être utilisées à des fins commerciales, à l'exclusion de vos données de santé, au bénéfice d'autres sociétés du groupe et à leurs partenaires.

Si vous ne le souhaitez pas, vous pouvez vous y opposer. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, d'effacement, de portabilité, de communication et de rectification en adressant votre demande au Service Relations Adhérents – SOLIMUT Mutuelle de France - CS 31401- 13785 Aubagne Cedex ou par mail à dra@solimut.fr

Je certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus.

Fait à ..... le .....

Signature de l'assuré(e) accidenté(e) :
(ou de la personne nommée établissant la présente déclaration)
précédée de la mention "lu et approuvé"

Solimut Mutuelle de France - Siège administratif CS 31 401 - 13785 Aubagne. Siège social 47 rue Maurice Flandin 69003 Lyon. Entité soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité et au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R. : 61 Rue Taitbout, 75436 Paris Cedex 09). SIREN 383 143 617. Mutuelle adhérente à Solimut Mutuelles de France, Union Mutualiste de Groupe, régie par le code de la mutualité. SIREN 539 793 885.