



# Déclaration d'incapacité temporaire de travail\*

Vos références (n° d'adhérent(e)) à compléter impérativement

## PROTECTION FAMILIALE DES ARTISANS DU BÂTIMENT

Ce document doit être envoyé, sous pli confidentiel, à votre direction régionale PRO BTP (à l'attention du Médecin des Assurances), accompagné d'un relevé d'identité bancaire.

**IMPORTANT** : en cas d'hospitalisation, vous devez joindre obligatoirement un "bulletin de séjour".

Nom de l'assuré(e) : ..... Prénom : .....

Né(e) le [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Profession : .....

Adresse : .....

Vos références (n° d'adhérent(e)) à compléter impérativement en haut de page

### À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

**CONFIDENTIEL**

Le médecin des assurances remercie le médecin traitant de bien vouloir remplir ce certificat de manière aussi précise et complète que possible. Il permettra d'apprécier les droits de l'assuré(e) aux prestations garanties.

Je certifie que l'état de santé de  M.  Mme : ..... entraîne une incapacité temporaire de travail (ITT) de : ..... jours du [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] au [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

#### ARRÊT INITIAL

Durée prévisible de l'ITT : .....

S'il est consécutif à une maladie

- Diagnostic : .....
- À votre connaissance, l'assuré(e) a-t-il(elle) été soigné(e) précédemment pour une telle maladie et, si oui, à quelle époque ? .....

S'il est consécutif à un accident

- Date de l'accident [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
- Nature et siège des lésions : .....
- Séquelles éventuelles : .....
- Circonstances de l'accident : faire compléter par l'assuré(e) la déclaration d'accident figurant au verso.

#### PROLONGATION

#### RECHUTE

ITT du [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Prolongation ou rechute du [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] au [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Motif de la prolongation ou rechute (nature de la complication ou de l'évolution qui la justifie) : .....

Durée prévisible de la prolongation ou rechute : .....

### Certificat établi à la demande de l'assuré(e) et remis à celui-ci (celle-ci) pour valoir ce que de droit

Nom et prénom du médecin : .....

N° de téléphone [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

Date et signature :

Cachet du médecin :



\* Le contrat souscrit définit l'incapacité temporaire de travail comme étant "L'IMPOSSIBILITÉ TOTALE D'EXERCER SON MÉTIER"

L'arrêt de travail doit être déclaré au plus tard dans les 30 jours suivant sa survenance, faute de quoi la date du fait générateur sera considérée comme étant la date de réception de la déclaration par votre direction régionale PRO BTP. Sauf cas de force majeure dûment justifié, l'arrêt de travail ne sera pas pris en charge s'il est déclaré plus de quatre mois après la date du fait générateur.

Si la cause de l'arrêt est un accident, vous devez aussi remplir la partie « Déclaration d'accident » précisant les circonstances, la date, le lieu, et joindre les éventuelles preuves de l'accident.



# DÉCLARATION D'ACCIDENT

(à remplir par l'assuré(e))

- Lieu de l'accident : .....
  - Circonstances de l'accident : .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

Joignez les preuves éventuelles de l'accident  
(procès-verbal, coupures de journaux, témoignages, etc.).

## À REMPLIR PAR L'ASSURÉ(E)

- Je note que l'organisme assureur se réserve le droit de faire passer une visite médicale à ses frais.
- Je soussigné(e) déclare reconnaître l'exactitude et la sincérité de la présente déclaration d'incapacité temporaire de travail.
- Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration entraînerait la nullité de l'indemnisation.
- J'accepte la communication de la présente déclaration d'incapacité temporaire de travail au contrôle médical de l'organisme assureur.
- Je déclare être toujours en activité et inscrit au répertoire des métiers (ou RCS) et m'engage à informer l'assureur de tout changement de situation.

Dans le cas contraire, je renseigne les informations ci-dessous concernant ma cessation d'activité.

Déclaration de cessation d'activité (régime fiscal des prestations des contrats d'assurances entrant dans le cadre de la loi 94-126 du 11.02.94 dite « Loi Madelin »)

Je déclare être en cessation d'activité et être radié(e) du répertoire des métiers (ou RCS) depuis le [ ]/[ ]/[ ]. Afin de déterminer mon éventuel droit à exonération de prélèvements sociaux (CSG, CRDS), je fournis mon dernier avis d'imposition\*.

Fait à : ....., le [ ]/[ ]/[ ]

Signature de l'adhérent(e) (précédée de la mention "lu et approuvé") :

\*À défaut de justificatif, vos paiements se verront appliquer les prélèvements sociaux à taux plein.

En application de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Pour l'exercer, adressez-vous à votre direction régionale.

[www.probtcp.com](http://www.probtcp.com)

Contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit auprès des sociétés d'assurances familiales des salariés et artisans SAF BTP VIE et IARD.  
**SAF BTP VIE** Société d'assurances familiales des salariés et artisans VIE - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 126 500 000 € entièrement versé, régie par le code des Assurances - Siège social : 7 rue du Regard 75006 PARIS - SIREN 332 060 854 - RCS PARIS  
**SAF BTP IARD** Société d'assurances familiales des salariés et artisans IARD - Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 5 337 500 € entièrement versé, régie par le code des Assurances - Siège social : 7 rue du Regard 75006 PARIS - SIREN 332 074 384 - RCS PARIS  
**SMA SA** Société anonyme à directoire et conseil de surveillance - Entreprise régie par le code des assurances - Au capital de 12 000 000 € - RCS PARIS 332 789 296 - 56 rue Violet - 75724 PARIS Cedex 15  
**SAGEVIE** Société anonyme générale d'assurances sur la vie - Société anonyme au capital de 7 700 000 € régie par le code des Assurances  
Siège social : 56 rue Violet 75015 PARIS - SIREN 351 109 137 - RCS PARIS  
**ACTE IARD** Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 11 433 676 €, régie par le code des Assurances  
Siège social : Espace européen de l'Entreprise, 14 avenue de l'Europe 67300 SCHILTIGHEIM - SIREN 332 948 546 - RCS STRASBOURG  
**ACTE VIE** Société anonyme à directoire et conseil de surveillance, au capital de 6 037 961 € - Compagnie d'assurances sur la vie et de capitalisation régie par le code des Assurances  
Siège social : Espace européen de l'Entreprise, 14 avenue de l'Europe 67300 SCHILTIGHEIM - SIREN 343 030 748 - RCS STRASBOURG  
**L'AUXILIAIRE** Société d'assurance-mutuelle à cotisations variables régie par le code des Assurances - Siège social : 50 cours Franklin Roosevelt 69006 LYON - SIREN 775 649 056 - RCS LYON  
**L'AUXILIAIRE VIE** Mutuelle d'assurance sur la vie des professionnels du Bâtiment et des Travaux publics - Société d'assurance-mutuelle à cotisations fixes régie par le code des Assurances - Siège social : 50 cours Franklin Roosevelt 69006 LYON - SIREN 324 774 298 - RCS LYON

IMP  
PAR



SPSP 0024 - V14 - 05/2017 - PAAF1K

