



TERRITORIA
mutuelle

■ GROUPE APICIL

INFORMATIONS MÉDICALES

VOLET AGENT

Aucune étude ne sera effectuée sans réception de ce formulaire et du formulaire « Demande d'indemnisation », datés et signés. Si vous ne parvenez pas à le remplir seul, votre médecin peut vous aider en vous communiquant les informations nécessaires (Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins d'avril 2015 sur les questionnaires de santé, certificats et assurances).

ASSURÉ(E)

Nom : Prénom(s) : Date de naissance :
N° de SECU : Email :
Téléphone fixe : Portable :

EMPLOI

Employeur :
Profession exacte :
Date d'entrée dans la collectivité : / /

Préciser le type d'activité :

- ☐ Travail de bureau
☐ Travail physique
☐ Conduite de véhicule

INFORMATIONS MÉDICALES OBLIGATOIRES

 Précisions concernant les dates des arrêts de travail

Date de l'arrêt initial en cours ou du temps partiel (obligatoire) : / / 20

Date de la première constatation de la pathologie : / /

Avez-vous déjà été en arrêt de travail pour cette pathologie ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, dates des arrêts de travail ? Du / / au / / Du / / au / / Du / / au / /
Du / / au / / Du / / au / / Du / / au / /

Cet arrêt de travail fait-il suite à un accident ? ☐ OUI ☐ NON Si OUI, merci de compléter le verso de ce document.

Indiquer le nom précis de la pathologie à l'origine de l'arrêt et la description des symptômes

(en cas de grossesse, indiquer les dates de congé pathologique et maternité) :

Préciser les traitements et/ou suivis médicaux (merci de joindre une copie des comptes rendus opératoires et d'imageries) :

APTITUDE À TRAVAILLER

 À ce jour

L'assuré(e) a-t-il repris le travail ? ☐ OUI ☐ NON Si OUI, à quelle date ? / / 20

Si NON, indiquer la date prévisionnelle de reprise : / / 20

À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT

Formulaire informations médicales rempli par : ☐ L'assuré(e) lui-même ☐ Le médecin traitant

Je certifie sur l'honneur que les informations déclarées ci-contre sont exactes et sincères

FAIT A

SIGNATURE DE L'AGENT OBLIGATOIRE

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN
FACULTATIF

LE / / 20

Vos données personnelles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil de TERRITORIA mutuelle et traitées dans le respect du secret médical. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé afin d'assurer la gestion de votre dossier et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, base légale du traitement. Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez de droits sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par courrier ou par mail : dpo@territoria-mutuelle.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



TERRITORIA MUTUELLE | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307
Siège social | 54 rue de gabriel | CS 76016 | 79185 CHAURAY CEDEX
05 49 33 76 51 | demain@territoria-mutuelle.fr

Substituée par APICIL Mutuelle | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 302 927 553
Siège social | 51 boulevard Marius Vivier Merle | 69003 LYON



TERRITORIA
mutuelle

■ GROUPE APICIL

INFORMATIONS MÉDICALES

VOLET AGENT

ASSURÉ(E) _____

Nom : _____

Prénom(s) : _____

Date de naissance : _____

EN CAS D'ACCIDENT _____

☐ Vie privée

☐ Activité sportive sous licence

☐ Lieu de travail (ou trajet dans le cadre du travail)

Date de l'accident : ____/____/20____

Circonstances et description de l'accident :

Causé par un tiers : ☐ OUI ☐ NON

Tiers identifié : ☐ OUI ☐ NON

Nature des lésions :

Traitement - suivi :

APTITUDE À TRAVAILLER À ce jour _____

L'assuré(e) a-t-il repris le travail ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, à quelle date ? _____

Si NON, indiquer la date prévisionnelle de reprise : _____

À COMPLÉTER IMPÉRATIVEMENT _____

Formulaire informations médicales rempli par :

☐ L'assuré(e) lui-même ☐ Le médecin traitant

Je certifie sur l'honneur que les informations déclarées ci-contre sont exactes et sincères

FAIT A _____, LE ____/____/20____

SIGNATURE DE L'AGENT
OBLIGATOIRE

SIGNATURE ET CACHET DU
MEDECIN FACULTATIF

1

PIECES À FOURNIR PAR L'AGENT

➤ À REMPLIR, À DATER ET À SIGNER

- ☐ Ce formulaire « Informations médicales »
- ☐ Le formulaire « Demande d'indemnisation »
- ☐ Un relevé d'Identité Bancaire à votre nom

A adresser par e-mail à
ouverture@territoria-mutuelle.fr
ou par voie postale sous enveloppe
confidentielle à
TERRITORIA Mutuelle
54 rue de Gabriel - CS 76016
79185 Chauray cedex

2

➤ BON À SAVOIR...

- ☐ Toute fausse déclaration ou information incomplète est susceptible d'exposer à un refus de prise en charge et, le cas échéant, à une radiation.
- ☐ Sous peine de forclusion, les demandes d'indemnisation et pièces annexes doivent nous parvenir sous un délai maximum de 3 mois à compter de la perte de traitement. Selon conditions contractuelles.
- ☐ Dans l'hypothèse où votre employeur vous placerait, par arrêté administratif, à plein traitement avec effet rétroactif ou procéderait à une régularisation pour un autre motif, nous vous demanderons le remboursement à TERRITORIA MUTUELLE des prestations perçues au titre des garanties « maintien de traitement » et/ou « primes et indemnités » pendant les périodes visées par l'arrêté administratif.
- ☐ Quelle que soit la personne ayant rempli ce document, la responsabilité de son contenu incombe à l'assuré(e).

Vos données personnelles sont exclusivement destinées au Médecin Conseil de TERRITORIA mutuelle et traitées dans le respect du secret médical. Elles sont enregistrées dans un fichier informatisé afin d'assurer la gestion de votre dossier et sont conservées pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre contrat, base légale du traitement.

Conformément à la loi du 6 janvier 1978, vous disposez de droits sur vos données personnelles. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter notre délégué à la protection des données par courrier ou par mail : dpo@territoria-mutuelle.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.



TERRITORIA MUTUELLE | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 483 041 307
Siège social | 54 rue de gabriel | CS 76016 | 79185 CHAURAY CEDEX
05 49 33 76 51 | demain@territoria-mutuelle.fr

Substituée par APICIL Mutuelle | Mutuelle soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité | SIREN 302 927 553
Siège social | 51 boulevard Marius Vivier Merle | 69003 LYON