



# IRP AUTO Prévoyance TNS

## DÉCLARATION MÉDICALE D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Numéro de Sécurité sociale à compléter impérativement

À retourner à

Groupe IRP AUTO  
Médecin Conseil IRP AUTO  
39, avenue d'Iéna  
CS 21687  
75202 PARIS Cedex 16

**Ce document doit être rempli, pour chaque nouvel arrêt, par votre médecin traitant, puis envoyé sous pli confidentiel.**

**IMPORTANT : en cas d'hospitalisation, joindre obligatoirement un bulletin de situation ou d'hospitalisation.**

### LE MEMBRE PARTICIPANT

M  Mme <sup>(1)</sup> Nom de naissance : ..... Prénom : .....  
Nom marital : ..... Date et lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....

### A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT - CONFIDENTIEL

Le médecin conseil d'IRP AUTO MPA remercie le médecin traitant de bien vouloir remplir ce certificat de manière aussi précise et complète que possible. Il permettra d'apprécier les droits du membre participant aux prestations garanties.

Je certifie que l'état de santé de  M  Mme <sup>(1)</sup> ..... entraîne une incapacité temporaire de travail (ITT) de : ..... jours du ..... au .....

#### EN CAS DE PREMIER ARRÊT

Durée prévisible de l'ITT : .....

S'il est consécutif à une maladie

- Diagnostic : .....
- À votre connaissance, le membre participant a-t-il été soigné 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 le membre participant la déclaration d'accident figurant au verso.

#### EN CAS DE PROLONGATION

ITT du : .....

Prolongation du : ..... au : .....

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

Durée prévisible de la prolongation : .....

### CERTIFICAT ÉTABLI À LA DEMANDE DU MEMBRE PARTICIPANT ET REMIS À CELUI-CI POUR VALOIR CE QUE DE DROIT

Nom et prénom du médecin : ..... N° de téléphone : .....

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

**Cachet et signature du médecin**

IMP  
PAR



(1) Cocher la case correspondante.

# DÉCLARATION D'ACCIDENT

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

(à remplir par le membre participant)

- Date et lieu de l'accident : .....
- Circonstances de l'accident : .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

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

- Je note qu'IRP AUTO MPA 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 d'IRP AUTO MPA.

IRP AUTO MPA, en sa qualité de Responsable de traitements, collecte et traite des données à caractère personnel me concernant dans le cadre de la gestion et l'exécution du contrat, ainsi que le respect de ses obligations légales et réglementaires et pour son intérêt légitime.

Ces informations minimisées sont toutes indispensables à IRP AUTO pour le traitement de ma demande. Elles seront conservées 5 années après le dernier versement et ne sont soumises à aucune décision totalement automatisée. Les destinataires de ces données sont les personnels habilités (et soumises au secret professionnel selon les typologies de données), par le responsable de traitement ainsi que notamment ses prestataires, sous-traitants éventuels et partenaires, y compris les réassureurs et les coassureurs. Aucun transfert ou traitement en dehors de l'Union Européenne n'est réalisé.

Conformément à la loi informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au règlement général sur la protection des données n°2016-679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité de vos données à caractère personnel. Vous pouvez définir des directives post-mortem. Pour motifs légitimes, vous disposez d'un droit d'opposition et de limitation au traitement de vos données. Vous pouvez enfin vous opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de votre identité, par courrier à Groupe IRP AUTO, À l'attention du Délégué à la Protection des Données - 39, avenue d'Iéna - CS 21687 - 75202 PARIS Cedex 16 ou par courriel à l'adresse dpd@irpauto.fr. Si vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez porter une réclamation auprès de la CNIL sur le site www.cnil.fr. Pour plus d'informations, consultez notre site internet, à la rubrique « Nos engagements »

Fait à ....., le ..... / ..... / .....

**Signature de du membre participant**  
précédée de la mention « Lu et approuvé »

IMP  
PAR

