

# DÉCLARATION D'ARRÊT DE TRAVAIL

## CONFIDENTIEL

Quelles que soient les réponses données dans ce questionnaire, ce certificat doit être retourné à l'aide d'une enveloppe cachetée, procédure de transmission sécurisée destinée à :

**MÉDECIN-CONSEIL  
AIR ASSURANCES  
60 rue de la Chaussée d'Antin  
BP 19 756  
75 421 Paris Cedex 09 - France**

### RENSEIGNEMENTS

NOM	PRÉNOM			
ADRESSE				
CODE POSTAL	VILLE	PAYS		
N° ADHÉRENT	N° CONTRAT			
DATE DE NAISSANCE	N° SÉCURITÉ SOCIALE			
COMPAGNIE AÉRIENNE	QUALIFICATION			
TEMPS ALTERNÉ ?	<input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> NON	À QUEL TAUX D'ACTIVITÉ ?	
	<input type="radio"/> JANVIER	<input type="radio"/> FEVRIER	<input type="radio"/> MARS	<input type="radio"/> AVRIL
MOIS D'INACTIVITÉ (OFF)	<input type="radio"/> MAI	<input type="radio"/> JUIN	<input type="radio"/> JUILLET	<input type="radio"/> AOÛT
	<input type="radio"/> SEPTEMBRE	<input type="radio"/> OCTOBRE	<input type="radio"/> NOVEMBRE	<input type="radio"/> DÉCEMBRE

### INFORMATIONS

Les assurés sont tenus de produire, à leurs frais, toutes attestations médicales requises par la société d'assurances. En l'absence de réponse précise à l'un des questions posées, un contrôle auprès d'un médecin pourra être envisagé.

Accident du travail : joindre copie du rapport d'accident (CRAT) et de la reconnaissance de la CPAM  
Accident de circulation : joindre copie du constat amiable de l'accident

Retourner ce formulaire dans l'enveloppe jointe à :  
Mr le Médecin Conseil du Service Médical  
C/° AIR ASSURANCES. 60 rue de la Chaussée d'Antin - BP 19 756 - 75 421 Paris Cedex 09 - France

# DÉCLARATION D'ARRÊT DE TRAVAIL

## DÉCLARATION À REMPLIR PAR L'ASSURÉ

DATE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL \_\_\_\_\_  MALADIE  ACCIDENT VIE PRIVÉE  ACCIDENT DU TRAVAIL

DEPUIS QUELLE DATE : \_\_\_\_\_

ÊTES-VOUS EN ÉTAT DE GROSSESSE ?  OUI  NON DÉBUT DE CONGÉ LÉGAL \_\_\_\_\_

FIN DE CONGÉ LÉGAL \_\_\_\_\_

NATURE DE LA MALADIE OU DES BLESSURES \_\_\_\_\_

DATE DE L'ACCIDENT OU MALADIE \_\_\_\_\_

S'AGIT-IL D'UNE RECHUTE ?  OUI  NON S'AGIT-IL D'UNE GROSSESSE OU DES COUCHES  OUI  NON

EN CAS D'ACCIDENT : CIRCONSTANCE DE L'ACCIDENT \_\_\_\_\_

Y-A-T-IL UN RESPONSABLE  OUI  NON

SI OUI, NOM, PRÉNOM ET ADRESSE DU RESPONSABLE \_\_\_\_\_

À QUELLE DATE AVEZ-VOUS RESENTI LES PREMIERS SYMPTÔMES ? \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS ÉTÉ OPÉRÉ ?  OUI  NON SI OUI, À QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS ÉTÉ HOSPITALISÉ ?  OUI  NON SI OUI, À QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS REPRIS VOTRE ACTIVITÉ ?  OUI  NON SI OUI, À QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

AVIEZ-VOUS DÉJÀ CONSULTÉ UN MÉDECIN POUR CETTE AFFECTION ?  OUI  NON SI OUI, À QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

AVIEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN ARRÊT DE TRAVAIL POUR CETTE AFFECTION ?  OUI  NON SI OUI, À QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

DURÉE DE L'ARRÊT \_\_\_\_\_

## ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

ÊTES-VOUS SUIVI POUR UNE AUTRE AFFECTION MÉDICALE ?  OUI  NON

SI OUI, LAQUELLE : \_\_\_\_\_ DEPUIS QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT MÉDICAL POUR CETTE OU CES AUTRES AFFECTIONS MÉDICALES ?  OUI  NON

SI OUI, LAQUELLE : \_\_\_\_\_ DEPUIS QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DÉJÀ SUBI UNE OU PLUSIEURS INTERVENTIONS CHIRURGICALES ?  OUI  NON

SI OUI, LAQUELLE : \_\_\_\_\_ À QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

SI OUI, LAQUELLE : \_\_\_\_\_ À QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ HOSPITALISÉ ?  OUI  NON

SI OUI, MOTIF : \_\_\_\_\_ À QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN ARRÊT DE TRAVAIL ?  OUI  NON

SI OUI, MOTIF : \_\_\_\_\_ À QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

SI OUI, MOTIF : \_\_\_\_\_ À QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

AVEZ-VOUS DES SÉQUELLES D'ACCIDENT OU DE MALADIE ?  OUI  NON

SI OUI, MOTIF : \_\_\_\_\_ DEPUIS QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

SI OUI, MOTIF : \_\_\_\_\_ DEPUIS QUELLE DATE ? \_\_\_\_\_

JE SOUSSIGNÉ \_\_\_\_\_ DÉCLARE LES RÉPONSES CI-DESSUS COMPLÈTES ET SINCÈRES

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE \_\_\_\_\_