

## DECLARATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL A COMPLETER PAR L'ASSURE

**Pour préserver toute confidentialité, ce document devra être remis sous pli cacheté et adressé à :**  
**SOGECAP - A l'attention du Médecin Conseil - 42 Boulevard Alexandre Martin - 45057 ORLEANS CEDEX 1**

### Identification de l'assuré

Mademoiselle       Madame       Monsieur

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nom de jeune fille : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

### Informations relatives à l'Incapacité de Travail

Date de survenance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_      S'agit-il ?     d'une maladie     d'un accident

Profession : \_\_\_\_\_

Nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

S'il s'agit d'un accident, préciser les circonstances : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Vous êtes :**

salarié(e)

fonctionnaire

pré retraité(e) ou retraité(e)

Depuis quelle date ? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Vous n'êtes pas salarié(e) (travailleur non salarié, demandeur d'emploi, parent au foyer, étudiant ...)**

**Nom de votre organisme de protection sociale ? (MSA, CANCAVA, ORGANIC, CPAM) :**

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature de l'assuré :

### RAPPEL DES PIÈCES A TRANSMETTRE AVEC LA DECLARATION

- Une copie de votre tableau d'amortissement en vigueur à la date du sinistre
- Votre demande d'adhésion à l'assurance
- Le certificat médical établi sur modèle de votre assureur et dûment complété par votre médecin traitant
- S'il s'agit d'un accident tout document précisant les circonstances de survenance de celui-ci : procès verbal de gendarmerie ou à défaut le rapport de police, coupure de presse...
- Une copie des décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale si vous y êtes affilié(e) ou organismes assimilés
- L'avis d'arrêt de travail et de prolongation établis par votre médecin traitant