

Annexe 2 - 1

ASSURANCE COLLECTIVE DES ACTIONS DE REMPLACEMENT DECLARATION D'INTERVENTION DE REMPLACEMENT

POUR LES CAS DE MALADIE, ACCIDENT ou DECES

(à fournir dans les cinq jours du début de l'intervention)

SERVICE DE REMPLACEMENT DE _____

BENEFICIAIRE DU REMPLACEMENT

NOM : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Date de naissance : _____ Tel : _____

EXPLOITATION BENEFICIAIRE

NOM : _____

Adresse : _____

DEBUT DE L'ARRET TOTAL DE TRAVAIL : _____

MOTIF :
(cocher la case correspondante)

MALADIE	<input type="checkbox"/>
MALADIE PROFESSIONNELLE	<input type="checkbox"/>
ACCIDENT DE LA VIE PRIVEE	<input type="checkbox"/>
ACCIDENT DU TRAVAIL	<input type="checkbox"/>
DECES	<input type="checkbox"/>

Date à laquelle le remplacement a commencé : _____

Durée prévue : _____

A _____, le _____

Signature :

Cette déclaration doit être accompagnée d'un CERTIFICAT MEDICAL précisant la nature des blessures ou la nature de l'affection (sous pli confidentiel) ainsi que la durée de l'arrêt total de travail.

Assuré GROUPAMA :	OUI	NON
N° sociétaire :		