



Renseignements concernant vos antécédents

- Avez-vous été suivi pour une ou plusieurs affection(s) médicale(s) :

Non

Oui, précisez :

- Laquelle ou lesquelles :

- Depuis quand : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Suivez-vous un traitement médical pour cette ou ces affection(s) :

Non

Oui, précisez :

- Lequel ou lesquels :

- Depuis quand : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Des arrêts de travail vous ont-ils été prescrits dans le passé :

Non

Oui, précisez :

- Pour quelle(s) affection(s) :

- À quelle(s) date(s) :

- Pour quelle(s) durée(s) :

- Avez-vous été hospitalisé Oui Non et/ou opéré Oui Non

Si Oui, précisez :

- Date : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Pour quelle(s) affection(s) :

Autres informations

- Quel est votre organisme de protection sociale obligatoire :

CPAM MSA RSI Autre, précisez :

- Bénéficiez-vous d'indemnités journalières, de prestations pour longue maladie :

Non

Oui, précisez depuis quelle date : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

- Bénéficiez-vous d'un contrat de prévoyance complémentaire couvrant les risques Incapacité et Invalidité :

Non

Oui, précisez :

- Le nom de l'organisme assureur :

- Pour quels montants :

- Percevez-vous une pension, une rente, un capital d'invalidité civil ou militaire :

Non

Oui, précisez :

- Catégorie et taux de la pension :

Rente accident du travail / Taux de la rente d'incapacité : %

Rente maladie professionnelle / Taux de la rente d'incapacité : %

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé / Taux de la rente d'incapacité : %



- Date de bénéfice de cette pension, cette rente, ce capital d'invalidité :
- Motif du bénéfice :
- Avez-vous repris une activité professionnelle :
 - Non
 - Oui, précisez :
 - À temps complet À temps partiel À mi-temps thérapeutique
 - À quelle date :
- Quelles sont les démarches en cours :
 - Reclassement professionnel : Oui Non
 - Demande de mise à la retraite : Oui Non
 - Demande de pension d'invalidité : Oui Non
 - Demande de prestation de compensation du handicap : Oui Non
 - Si un reclassement professionnel a été envisagé, le médecin du travail a-t-il été consulté : Oui Non
- Êtes-vous exonéré du Ticket Modérateur pour une affection de longue durée :
 - Non
 - Oui, précisez :
 - Pour quelle(s) affection(s) :
 - Depuis quand :

Pièces à joindre obligatoirement à cette demande

Selon vos réponses, merci de joindre les comptes rendus opératoires, hospitaliers, radiologiques ou biologiques et en cas d'accident(s), procès verbal et autres documents en lien avec l'accident ainsi que tout justificatif en votre possession.

Signature de la personne accidentée ou malade

(ou de son représentant, seulement en cas d'impossibilité absolue)

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et accepte leur communication au service médical de l'UNMI.

Fait à
et certifié exact le

Signature

Dans le cas où le signataire n'est pas la personne accidentée ou malade, veuillez préciser nom, lien de parenté et adresse du signataire

M Mme NOM

PRÉNOM(S)

ADRESSE

.....

CODE POSTAL VILLE

Lien de parenté

Les informations demandées dans la présente demande de prestation sont nécessaires à l'appréciation et au traitement de votre dossier. Conformément à la loi Informatique et Libertés, vous pouvez accéder aux informations vous concernant et demander qu'il soit procédé à d'éventuelles rectifications en vous adressant par écrit au médecin conseil de l'UNMI. Sauf opposition justifiée de votre part, elles feront l'objet d'un enregistrement informatique exclusivement réservé à l'usage du médecin conseil de l'UNMI.