

**Service maladie MAL-004**

Pour tout renseignement, contacter le service maladie :

- maladie@cavimac.fr
- Imprimés accessibles sur notre site [www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)

**ATTESTATION DE TRAITEMENT  
POUR LE PAIEMENT DES  
INDEMNITÉS JOURNALIÈRES**

**MALADIE, MATERNITÉ ET  
ADOPTION**



**Identification de la collectivité**

Je soussigné(e) [responsable de la collectivité ou responsable administratif]

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Dénomination de la collectivité : \_\_\_\_\_

Adresse de la collectivité : \_\_\_\_\_

Téléphone :

Numéro adhérent :       Numéro SIRET :

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

- ▶ Déclare sur l'honneur que l'assuré(e) indiqué(e) ci-dessous :
- est titulaire de la qualité de Ministre du culte percevant un traitement
  - est en arrêt de travail pour :

- Maladie
- Maternité
- Adoption

Date du dernier jour travaillé:

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de la Cavimac, destinataire de la présente attestation, tout changement de situation ou reprise anticipée d'activité par l'assuré(e).

- ▶ En cas de demande de subrogation, merci de cocher la case suivante et **de joindre un RIB sur lequel doivent être versées les indemnités journalières**

La collectivité demande la subrogation\* date du début de la subrogation :

*\*En cas de maintien total ou partiel du traitement, la collectivité est subrogée de plein droit à l'assuré(e) dans ses droits aux indemnités journalières, dans la mesure où le traitement maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée. La subrogation vous permet de percevoir directement, en lieu et place de votre salarié(e) les indemnités qui lui sont dues par la Cavimac.*

**Si vous souhaitez arrêter la subrogation, merci de bien vouloir nous en faire la demande.**

**Identification assuré(e) Cavimac**

Civilité  Mme  M. (cocher la mention utile)

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom d'usage [s'il y a lieu] : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Né(e) le :

Numéro de sécurité sociale :

Téléphone :

E-mail : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Adresse de résidence \_\_\_\_\_

Code postal :      Ville : \_\_\_\_\_

Signature du responsable de collectivité

**L'indemnisation ne peut intervenir en cas de congés payés**

Fait à : \_\_\_\_\_, le

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de faire obtenir des avantages indus (article 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du code pénal).  
En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation dans le but d'obtenir ou de faire obtenir des prestations indues, peuvent faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale.  
L'organisme d'assurance maladie peut à tout moment, procéder à des opérations de contrôle en vous demandant les pièces justificatives de votre situation (article L.114-10-3 et L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale).  
La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux informations fournies sur ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.