

Service maladie MAL-006

Pour tout renseignement, contacter le service maladie :

- maladie@cavimac.fr
- Imprimés accessibles sur notre site www.cavimac.fr

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

**ARRÊT MALADIE
EN TEMPS-PARTIEL
THÉRAPEUTIQUE**

(attestation à envoyer chaque fin de mois)



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 :

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

Date du dernier jour travaillé :

- a repris son activité cultuelle en temps-partiel thérapeutique

du au

La reprise d'activité cultuelle du Ministre du culte est à hauteur de _____% (indiquer le pourcentage) par rapport au temps habituel de l'activité cultuelle avant l'arrêt de travail.

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 possible 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.