Document à remplir et à retourner à
Prévoyance des Avocats – Génération - 29080 Quimper Cedex 9
Téléphone : 01 84 94 00 84
e-mail : LPA.Presta.Prev@generation.fr
http://www.laprevoyance.org/

Demande de prise en charge en cas d'Arrêt total d'activité pour raison de santé

Le guichet unique regroupe :

1. Une assurance qui prend en charge, pour les Avocats âgés de moins de 70 ans, une indemnité journalière de 61 € pendant les 90 premiers jours d'arrêt continus ou discontinus de travail, sous réserve de périodes de franchises visées aux contrats d'assurance souscrits par les Barreaux.

2. La C.N.B.F. qui prend en charge l'indemnité journalière à compter du 91ème jour d'arrêt total et continu pour une durée maximale de 1095 jours.

Que faire en cas d'arrêt total d'activité pour raison de santé ?

☐ Informer le Bâtonnier de votre arrêt,
☐ adresser cette demande à LPA après avoir rempli le formulaire ci-dessous et joint les documents nécessaires.

Pour la suite de votre dossier, adresser également à LPA (même adresse que celle-ci-dessous) :

☐ les avis de prolongation d'arrêt de travail au fur et à mesure de leur prescription,
☐ l'attestation médicale confidentielle qui vous sera demandée à l'ouverture de votre dossier et qui devra être retournée, dûment complétée et signée par votre Médecin traitant, sous pli confidentiel cacheté, à l'attention du Médecin Conseil LPA par le biais d'une enveloppe « secret médical » jointe.

Pour plus d'informations sur votre prise en charge, consultez le site internet LPA :
http://www.laprevoyance.org/nos-produits/formalites/

Remplissez le formulaire ci-dessous et adressez-nous votre demande dans les meilleurs délais et en tout état de cause au plus tard dans les 2 mois qui suivent la date initiale d'arrêt de travail en joignant les documents nécessaires que vous aurez cochés dans le formulaire :

Nature de l'arrêt de travail
☐ Maladie
☐ Maladie avec hospitalisation
☐ Accident

LA PREVOYANCE DES AVOCATS
Génération
29080 QUIMPER cedex 9

Nom :..... **Prénom :** .....

Barreau : ..... **N°CNBF**: .....

N° Sécurité Sociale ….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I….I

Adresse : .....
N° de téléphone : .. / .. / .. / .. / .. / .. **N° de portable** : .. / .. / .. / .. / .. / ..
Adresse e-mail : .....

Documents à joindre à ce formulaire :
- ☐ Avis initial d'arrêt de travail
- ☐ Certificat médical AXA
- ☐ En cas d'hospitalisation avec ou sans nuitée(s), un bulletin de situation
- ☐ En cas d'accident, le certificat médical attestant que votre arrêt de travail résulte d'un accident avec un tiers identifié
- ☐ Relevé d'Identité Bancaire

Date : .....

Signature :