

Service maladie MAL-004

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 INDÉMNITÉS JOURNALIÈRES



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
- Paternité
- Adoption

A compter du :

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

Fait à : _____ , le

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée et le règlement général UE 2016/679 s'appliquent aux réponses faites sur ce formulaire. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant que vous pouvez exercer à l'adresse mail suivante : dpo@cavimac.fr