remplir et à retourner UNIQUEMENT ET DIRECTEMENT à

La Prévoyance des Avocats – Génération - 29080 Quimper Cedex 9
Ou ***Lpa.presta.prev@generation.fr***

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

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

- Informer le Bâtonnier de votre arrêt,
- Adresser cette demande, avec l'arrêt de travail initial au gestionnaire des contrats LPA à savoir Génération, après avoir rempli et signé le formulaire ci-dessous et joint les documents nécessaires.

Pour la suite de votre dossier adresser également au gestionnaire Génération à l'adresse susmentionnée :

- les avis de prolongation d'arrêt de travail au fur et à mesure de leur prescription,
- l'attestation médicale confidentielle, qui vous sera demandée ultérieurement, et qui devra être retournée, dûment complétée et signée par vos soins, 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/

ou par téléphone au 01 84 94 00 84 – choix 2

Ce formulaire est à remplir et à adresser 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

Adresse personnelle :
.....

N° de téléphone : .. / .. / .. / .. / .. **N° de portable** : .. / .. / .. / .. / ..

Adresse e-mail : .....

Documents à joindre à ce formulaire :

- ☐ avis initial d'arrêt de travail (1 feuillet du formulaire CERFA 10170*05)
- ☐ bulletin de situation (en cas d'hospitalisation)
- ☐ attestation d'accident causé par un tiers (en cas d'accident)
- ☐ un relevé d'identité bancaire
- ☐ copie d'une pièce d'identité valide (CNI recto/verso ou Passeport)
- ☐ pour les avocats ayant moins d'un an d'ancienneté, joindre une copie du PV du Conseil de l'Ordre mentionnant la date d'inscription au Barreau

Date : .....

Signature :