

Certificat médical d'incapacité

N° de dossier (à remplir par l'assureur)

1. Assuré	Nom et prénom	Date de naissance	
	Rue	N° tél.	N° d'assurance
	NPA Domicile	Activité professionnelle habituelle	
2. Employeur	Nom et adresse avec N° postal		

3. Début de l'incapacité	Jour/Mois/Année	Heure/minute	Durée prévisible à votre connaissance
---------------------------------	-----------------	--------------	---------------------------------------

Indication pour l'assuré

Nous vous prions d'inscrire le numéro d'assurance qui figure dans toutes nos correspondances, sur ce formulaire, ainsi qu'à chaque occasion.

Le présent «Certificat médical d'incapacité» doit être complété par votre médecin à chaque visite. **Une copie de celui-ci doit être remise à la caisse une fois par mois pour les avances d'indemnités journalières.** L'original doit rester en votre possession jusqu'à la fin de l'incapacité de travail, puis retourné à la caisse dans les plus brefs délais.

L'assuré doit communiquer immédiatement toute modification du taux d'incapacité de travail.

Inscription du médecin

Maladie Accident Maladie professionnelle Maternité, terme prévu:

de la prochaine consultation	Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
	de la consultation faite		Degré	A partir du	

de la prochaine consultation	Date		Incapacité de travail		Signature du médecin
	de la consultation faite		Degré	A partir du	

Le traitement médical a pris fin le

Timbre du médecin